E. Dietrich-Daum, H. J. W. Kuprian, S. Clementi,
M. Heidegger, M. Ralser (Hg.)

PSYCHIATRISCHE LANDSCHAFTEN

Die Psychiatrie und ihre Patientinnen und Patienten im historischen Raum Tirol seit 1830





innsbruck university press

E. Dietrich-Daum, H. J. W. Kuprian, S. Clementi,
M. Heidegger, M. Ralser (Hg.)

PSYCHIATRISCHE LANDSCHAFTEN

Die Psychiatrie und ihre Patientinnen und Patienten im historischen Raum Tirol seit 1830

Elisabeth Dietrich-Daum, Hermann J. W. Kuprian, Maria Heidegger
Institut für Geschichtswissenschaften und Europäische Ethnologie, Universität Innsbruck

Michaela Ralser
Institut für Erziehungswissenschaft, Universität Innsbruck

Siglinde Clementi
Südtiroler Landesarchiv Bozen / Archivio Provinciale di Bolzano -
Verein „Geschichte und Region / storia e regione“

Gefördert durch:
Europäische Union (EFRE-Kofinanzierung) – Interreg IV Italien – Österreich: „Sechs Regionen – ein Ziel“/ Unione Europea (cofinanziamento FESR): – Programma Interreg IV Italia- Austria: “Sei regioni – un obiettivo” (CUP B28C08000080007)
Land Tirol/ Tirolo
Autonome Provinz Bozen – Südtirol/Provincia Autonoma di Bolzano – Alto Adige











Covergestaltung: Celia Di Pauli
Übersetzungen: Andrea Gloria Michler, Friederike Oursin, Elena Taddei
Lektorat: Francesca Cretti, Elena Taddei
Titelbild: Bruno Caruso
Internet: http://www.psychiatrische-landschaften.net/
http://www.psichiatria-confini.net/
Layout: Carmen Drolshagen
Produktion: Druckerei Theiss GmbH, St. Stefan im Lavanttal

www.uibk.ac.at/iup

ISBN 978-3-902811-11-0

Inhaltsverzeichnis

Gespräche

Eine andere Jubiläumsgeschichte

Zu diesem Buch

1830, somit vor über 180 Jahren, wurde in Hall in Tirol die erste psychiatrische Anstalt im historischen Tirol eröffnet. 2011 wird die „Neurologisch-Psychiatrische Klinik“ der Medizinischen Universität Innsbruck ihr 120 jähriges Jubiläum begehen und 2012 kann die zweite psychiatrische Landesanstalt im damaligen Tirol, in Pergine bei Trient, auf eine 130 Jahre lange Anstaltsgeschichte zurückblicken. Zwar sind diese Jubiläen auch Anlass für dieses Buch, doch haben wir nicht die Institution als solche in den Mittelpunkt gerückt, sondern die in ihr untergebrachten und arbeitenden Menschen. Den Fokus auf die Geschichte der Menschen in der Psychiatrie zu legen, erfolgte im begründeten Wissen um die spezifische Gegenwärtigkeit des Themas im Alltagsbewusstsein der BewohnerInnen Tirols, Südtirols und des Trentino. Trotz der alltagsweltlichen Verankerung der Orte und ihrer psychiatrischen Anstalten ist das Wissen um Geschichte und Aktualität der Psychiatrie und ihrer PatientInnen vergleichsweise gering. Ein solches ist aber notwendig, um die bis heute herrschenden Vorurteile, Stereotypen und Berührungsängste gegenüber Menschen mit psychischer Beeinträchtigung abzubauen und Diskriminierungen entgegenzuwirken sowie ein neues Verständnis gegenüber den seither gewandelten psychiatrischen Versorgungssystemen zu entwickeln. Die Vermittlung von historischem Wissen sowohl hinsichtlich des sozialen Wandels als auch der damit zusammenhängenden Transformationen der psychiatrischen Versorgungssysteme ist daher ebenso Ziel wie die Beförderung der Entstigmatisierung psychischen Krankseins. Schließlich geht es uns darum, die Leserinnen und Leser zu einer intensiveren und womöglich differenzierteren Auseinandersetzung mit dem Thema und zur aktiven Mitgestaltung der Betreuungssituation, aber auch die betroffenen Institutionen zu einer (selbst)kritischen Reflexion der eigenen Geschichte anzuregen.

Das Buch ist einem transdisziplinären multiperspektivischen Zugang verpflichtet: WissenschaftlerInnen aus verschiedenen Disziplinen, Künstler, JournalistInnen,

mit der Vertretung von PsychiatriepatientInnen und deren Begleitung betraute Vereine und Einrichtungen und politisch Verantwortliche der jüngeren Vergangenheit, Psychiater, pensionierte PflegerInnen und Angehörige von ehemaligen PsychiatriepatientInnen beschreiben und interpretieren aus ihrer jeweils eigenen Erfahrung und Perspektive spezifische historische und aktuelle Konstellationen und Problemlagen in der psychiatrischen Betreuung und Begleitung von PatientInnen im Bundesland Tirol, in Südtirol und im Trentino.

Zur besseren Einordnung der einzelnen Beiträge befinden sich am Beginn des Bandes zwei Überblicksartikel, die auf die historische und die transformierte Versorgungssituation im Bundesland Tirol und in Südtirol sowie auf die gewandelten Rollen der PatientInnen, der PflegerInnen und des ärztlichen und medizinisch-therapeutischen Personals eingehen.

Im zweiten Teil des Buches widmen sich Tiroler, Südtiroler und Trentiner AutorInnen unterschiedlichen Einzelaspekten der Geschichte der „psychiatrischen Landschaft" im „historischen Tirol" von 1830 bis zur Gegenwart: psychiatrisierten Kindern und Heimkindern, den Frauen in der Psychiatrie der Gründerjahre um 1900, den Alkoholkranken, den Menschen mit Behinderung in psychiatrischen Institutionen, den Anstaltsseelsorgern, der ersten Anstaltsärztin in Hall, den PflegerInnen, der Anstaltsbibliothek, den PatientInnenbriefen und -tagebüchern, der krisenmäßigen Versorgungssituation während des Ersten Weltkrieges, den freiheitsbeschränkenden Maßnahmen, den „Euthanasie"-Morden. Diese Beiträge sind quellennah gearbeitet und auf den aktuellen Wissensstand bezogen.

Im dritten Teil kommen ZeitzeugInnen der jüngeren Geschichte der psychiatrischen Kliniken und der Versorgung in mehreren Interviews zu Wort: Sanitätspolitiker und VertreterInnen von Vereinen, Mediziner aber auch Angehörige von ehemaligen PsychiatriepatientInnen.

Alle in den Texten angeführten Namen von PatientInnen wurden anonymisiert bzw. der Name der Person geändert. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit haben wir auf umfangreiche Verweis- bzw. Belegapparate verzichtet – die Bibliografie am Ende des Bandes fasst die in den Beiträgen zitierte Literatur alphabetisch zusammen.

Das Buch erscheint in einer deutschsprachigen und in einer italienischsprachigen Ausgabe und ist im Rahmen des InterregIV-Projektes (Italien – Österreich) *„Psychiatrische Landschaften. Die Psychiatrie und ihre Patientinnen und Patienten im historischen Raum Tirol – Südtirol von 1830 bis zur Gegenwart /*

L'assistenza psichiatrica istituzionale e territoriale nell'area del Tirolo storico (secoli XIXXXI)" der beiden Projektpartner Universität Innsbruck mit den Instituten für Geschichtswissenschaften & Europäische Ethnologie und Erziehungswissenschaft und Südtiroler Landesarchiv /Archivio Provinciale di Bolzano mit dem Verein „Geschichte und Region / Storia e regione" entstanden. Es ergänzt die in diesem Projekt erarbeiteten vier weiteren Projektteile zur Vermittlung fundierten Wissens zur Psychiatriegeschichte und -gegenwart der Regionen: das Konzept für einen Forschungs-, Lern- und Gedenkort am Landeskrankenhaus Hall, die Open-Source-Dokumentation *(http://www.psychiatrische-landschaften.net / http://www.psichiatria-confini.net)*, die am 30. Juni 2011 in Hall gestartete Wanderausstellung *„Ich lasse mich nicht länger für einen Narren halten" / "Non vi permetterò più di farmi passare per matto"* und das Filmdokument *„Die [un]sichtbare Arbeit. Zur Geschichte der psychiatrischen Pflege im historischen Tirol von 1830 bis zur Gegenwart" /"Lavoro [in]visibile. La storia dell'assistenza psichiatrica nel Tirolo storico dal 1830 ad oggi"* – ein Didaktikmedium für Auszubildende und SchülerInnen.

Wir danken dem Landesmuseum Ferdinandeum, der TILAK, dem Tiroler Landesarchiv, dem Südtiroler Landesarchiv / Archivio Provinciale di Bolzano und allen öffentlichen und privaten Leihgebern für die Erlaubnis, ihre Bilder, Quellen und Fotos wiederzugeben, den Übersetzerinnen Andrea Michler und Friederike Oursin, Celia di Pauli für die Gestaltung des Buchumschlags sowie Birgit Holzner und Carmen Drolshagen für die Verlagsarbeit. Besonderer Dank gebührt Elena Taddei für das umsichtige Lektorat des italienischen Bandes. Ebenso danken wir unseren Projektpartnern und insbesondere den AutorInnen und InterviewpartnerInnen für ihre Beiträge, ihre Unterstützung und Zusammenarbeit. Schließlich danken wir den Förderern des InterregIV-Programms (Italien – Österreich): dem Bundesland Tirol, der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol und der Europäischen Union für die Finanzierung dieses Projekts.

Die HerausgeberInnen
Elisabeth Dietrich-Daum, Hermann J.W. Kuprian,
Siglinde Clementi, Maria Heidegger und Michaela Ralser

Die „Psychiatrische Landschaft“
Tirol – Südtirol – Trentino



Abb. 1: „Irrenkarte von Tirol und Vorarlberg nach den Bezirksgerichten eingetheilt“ (1882) von Josef Offer

Elisabeth Dietrich-Daum / Michaela Ralser

Die „Psychiatrische Landschaft“ des „historischen Tirol“ von 1830 bis zur Gegenwart – Ein Überblick

Die „Psychiatrische Landschaft“ als mediko-sozialer Raum

Sich mit der *„Psychiatrischen Landschaft“* des „historischen Tirol“ (in seinen Grenzen vor 1919) zu beschäftigen, bedeutet, sich zunächst mit einem, dann mit zwei verschiedenen psychiatrischen Versorgungssystemen auseinanderzusetzen. Hatte dieser Raum bis zum Ende des Ersten Weltkrieges eine Verwaltungseinheit mit vergleichbaren und aufeinander bezogenen medizinisch-sozialen Versorgungsstrukturen gebildet, teilte sich mit dem Friedensvertrag von St. Germain 1919 der Weg der nunmehr zwei Staaten zugeordneten Gebiete politisch und administrativ. Diese Trennung führte aber noch nicht zu einem Auseinanderdriften in der Gestaltung des psychiatrischen Versorgungssystems des Bundeslandes Tirol auf der einen und jenem in Südtirol und im Trentino auf der anderen Seite. Ein solches erfolgte auch nicht grundsätzlich während der Zeit der Option und des Zweiten Weltkrieges, in welcher das Schicksal der Südtiroler Kranken auf Grund des Gesetzes über die Option (21. August 1939, Nr. 1241) und der Deutsch-Italienischen Vereinbarungen (23. Juni 1939, 21. Oktober 1939 bzw. 17. November 1939) den menschenverachtenden Entscheidungen der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik unterworfen war. Auch in den unmittelbaren Nachkriegsjahren zeichnete sich die heute deutlich wahrnehmbare Trennung der Versorgungssysteme noch nicht ab, vielmehr wurden die alten Strukturen genutzt, um die psychiatrische Versorgung in der 1927 eingerichteten infrastrukturell schlecht ausgestatteten Provinz Bozen zu gewährleisten. Erst mit der Umsetzung der Reform durch Vollziehung des so genannten *„Basaglia-Gesetzes“* vom

13. Mai 1978 in Italien war der ideologische und strukturelle Bruch in der Ausrichtung der psychiatrischen Systeme Tirols und Südtirols bzw. des Trentino vollzogen. Diese Entwicklung hat in Italien letztendlich dazu geführt, dass die großen psychiatrischen Anstalten geschlossen und als solche zu historischen Objekten wurden, während in Österreich diese in reformierter und modifizierter Form weiter bestehen und immer noch als Orte psychiatrischer Krankenhauspraxis fungieren. Trotz dieser Auseinanderentwicklung bestehen bis heute intensive Kontakte zwischen den Nachbarregionen, über Jahrzehnte haben Innsbrucker Psychiater Südtiroler PatientInnen beraten und nach wie vor werden Südtiroler PatientInnen auf Wunsch und bei Bedarf an der Innsbrucker Klinik aufgenommen.

Mit der Bezeichnung *„Psychiatrische Landschaft“* ist also ein politisch-geographisch definierter historischer Raum gemeint, der sich durch spezifische – zum Teil miteinander verwobene – medikale Strukturen auszeichnet und vorerst gemeinsame, dann unterschiedliche Formen der medizinischen und sozialen Versorgung von Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen entwickelte. Die aktuellen Versorgungssysteme in Tirol, Südtirol und im Trentino sind Ergebnisse schwieriger und langwieriger nationalstaatlicher, bilateraler und sozial-politischer Verhandlungsprozesse, deren gemeinsame Geschichte 1830 mit der Gründung der Anstalt in Hall ihren Anfang nahm. So ist auch nachvollziehbar, dass die Nachbarregionen heute vor je unterschiedlichen Herausforderungen stehen und unterschiedliche Erinnerungskulturen hervorgebracht haben. Folglich sind auch die Fragen an die Geschichte in den ehemaligen drei historischen Landesteilen heute nicht (mehr) dieselben wie vor hundert Jahren.

Das Versorgungssystem im „historischen Tirol“ 1830 – 1919

Im ehemaligen Kronland Tirol basierte die medizinische und soziale Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen bis weit ins 20. Jahrhundert hinein auf vier Säulen: der privaten Familienpflege, der gemeindlichen Unterbringung in Armen- und Versorgungshäusern, der Verpflegung in lokalen Spitälern und der Unterbringung in öffentlichen psychiatrischen (Landes-)Anstalten und in der Neurologisch-psychiatrischen Klinik. Die Versorgung in privaten Sanatorien spielte mit Ausnahme des Meraner Raums (etwa Martinsbrunn) eine unbedeutende Rolle.

Traditionelle Formen der Versorgung, wie die Pflege im Familienverband, leisteten bis nach der Wende zum 20. Jahrhundert den größten Teil der Betreu-



Abb. 2: Sanatorium Martinsbrunn in Gratsch-Meran (1906)

ungsarbeit für psychisch kranke Menschen. Nach einer Erhebung aus dem Jahr 1895 befanden sich zu jener Zeit mehr als 40 Prozent der betreuungsbedürftigen „PsychiatriepatientInnen" im Raum des „historischen Tirol" in ständiger Familienpflege, über 30 Prozent wurde in den Gemeindeversorgungshäusern, in den allgemeinen und unspezifischen Krankenhäusern und Spitälern, aber nur rund 27 Prozent in den landeseigenen *„Irrenanstalten"*, behandelt und gepflegt. So wurden die ersten Heil- und Pflegeanstalten genannt, die als therapeutische Milieus unter Hoheit des Arztes allein den psychisch Kranken vorbehalten waren und eine schrittweise Medikalisierung der *„Irrenfrage"* einleiteten. Die relativ geringe Versorgungsrate der frühen Haller Anstalt aber ist insofern bemerkenswert, als die Psychiatriegeschichte das 19. Jahrhundert als die Ära der großen psychiatrischen Anstalten ansieht, wodurch die häusliche Befürsorgung in der Familie und die Pflege in den Spitälern und Versorgungshäusern der Gemeinden außer Blick geraten. Nicht nur deshalb ist die Geschichte der kommunalen und privaten Betreuung psychisch kranker Menschen nur fragmentarisch erforscht. Die wenigen überlieferten Informationen dazu stammen zudem aus der Feder von Anstaltsdirektoren, die herbe Kritik an der mangelhaften Unterbringung der Kranken führten und zum Teil dramatische Schilderungen hinterließen, nicht zuletzt um deren alleinigen Anspruch auf Behandlung zu unterstreichen. Gänzlich unerforscht ist auch

die Geschichte jener psychisch Kranken, die ihr Leben jenseits der Sorge-, Verwahr- und Behandlungssysteme weiterführten.

Vor der Eröffnung der ersten psychiatrischen Anstalt in Hall in Tirol wurden psychisch kranke Menschen, die keine Angehörigen hatten, die sie hätten versorgen können oder deren Familien nicht dazu im Stande waren, vorwiegend in den gemeindeeigenen Versorgungshäusern untergebracht. Anders als bei der Anstaltsversorgung, die ab 1830 als Alternative zur Verfügung stand, war für eine Unterbringung psychisch bzw. psychiatrisch Kranker kein ärztliches Gutachten notwendig, auch waren die Unterbringungskosten vergleichsweise gering. Auf Grund ungenügender Aufnahmekapazität der psychiatrischen Anstalten blieben die Versorgungshäuser bis in das 20. Jahrhundert Erstaufnahmestelle und *„ultimum refugium“*[1] zahlreicher Tiroler, Südtiroler und Trentiner „PsychiatriepatientInnen“. Im Durchschnitt galten um 1900 11 Prozent der in den Versorgungshäusern des Landes lebenden Menschen als psychisch krank.

Diese Versorgungshäuser, im lokalen Sprachgebrauch des 19. Jahrhunderts auch als *„Armen“-, „Abnähr“-, „Maroden“-, „Siechen“-, „Pfründnerhäuser“, „Gemeindespitäler“* oder *„Greisenasyle”* bezeichnet, sind zum Teil aus den lokalen alten Spitälern, die nicht mit heutigen Krankenhäusern zu verwechseln sind, hervorgegangen, andere auf Grund der Bestimmungen der *„Direktiv-Regeln zur künftigen Errichtung der hiesigen Spitäler und Versorgungs-Häuser“* aus dem Jahr 1781 von Joseph II. sowie der Fürsorgepflicht der Gemeinden (*„Heimatgesetz“*) in mehreren Gründungsphasen in nahezu jeder größeren Gemeinde installiert worden. Die entsprechende Norm für Tirol wurde mit Gubernialdekret über die Armenversorgungsanstalten auf dem Land vom 11. Jänner 1785 erlassen.[2] Die Bestimmungen verpflichteten die Gerichte eine Hauptarmenkasse einzurichten und die größeren Gemeinden, ihre Dorfarmen und Pflegebedürftigen in kommunal finanzierten, lokalen Versorgungs- oder Armenhäusern unterzubringen und für deren Wohnung, Heizung, Beleuchtung, Kleidung und Wäsche, ferner im Falle einer Krankheit für ärztliche Pflege, Arzneien sowie deren Kost aufzukommen. 1839 wurde auch eine für alle Versorgungsanstalten gültige *„Hausordnung“*[3] erlassen, nach welcher jede der Einrichtungen über ein beheizbares Zimmer sowie über eine mit Eisenstangen an den Fenstern und festen Türen versehene Kammer zur Unterbringung der *„Irren“* verfügen musste. Die Kosten für ihre Pflege wurden entweder von der heimatzuständigen Gemeinde, von einer Stiftung oder vom Landesfonds bestritten, die als Träger und Erhalter der Einrichtungen fungierten. Nach Fedor Gerényi, dem administrativen Inspektor der Wohltätigkeitsanstalten

Niederösterreichs, der um 1900 die Versorgungshäuser Österreichs inspizierte, wurden in Tirol 87 Prozent der Pflegeleistung in den Tiroler Versorgungshäusern von 135 Ordensschwestern (im österreichischen Durchschnitt waren dies 59 Prozent), überwiegend von den Barmherzigen Schwestern der Mutterhäuser Innsbruck und Zams erbracht. Nur in größeren Häusern waren eigene Hausverwalter, Gehilfen, Knechte oder Mägde bestellt. Die historische Bedeutung und Prägekraft der Ordenspflege in Tirol wird so verständlich. Sie wird später auch noch für die psychiatrische Anstalt in Hall eine Rolle spielen.



Abb. 3: Heim Santa Katharina, Alten-, Pflege- und Therapiezentrum Ried im Oberinntal (2010), ehemaliges Versorgungshaus

Die Versorgungslandschaft des historischen Tirol blieb mit seinen um 1900 ausgewiesenen 145 Häusern äußerst inhomogen, ebenso die Qualität der lokalen Einrichtungen und Pflegestandards. Der Großteil der überwiegend älteren Versorgungshäuser wies auch nach Vergabe der Aufsicht und Pflege an die Barmherzigen Schwestern gravierende sanitäre und pflegerische Missstände auf. Die redundante Kritik der Behörden an der ungenügenden Ausstattung der Unterkünfte zieht sich durch das gesamte 19. Jahrhundert: undichte Dächer, kaputte Fenster, defekte Böden, feuchte, dunkle, kleine und schlecht ventilierte Räume, sanierungsbedürftige Abortanlagen und Senkgruben, fehlende Badestuben und

Leichenkammern, Mangel an Bettwäsche, an Strohsäcken und Leibwäsche, an Schlafstellen und Holz. Neben den baulichen und sanitären Missständen kritisierten die administrativen Organe die unzureichende, ja zum Teil unzumutbare Ernährung der *„Pfleglinge“*. Im Allgemeinen waren sie hinsichtlich Unterkunft und Kost, ärztlicher Betreuung und Pflege in den Versorgungs- und Armenhäusern merklich schlechter gestellt als die PatientInnen in den Krankenhäusern, wo ein Verpflegstag das Dreifache der Taxe der Tiroler Versorgungshäuser kostete. Es ist davon auszugehen, dass die aufgenommenen Kranken in den Versorgungshäusern im Wesentlichen bloß behelfsmäßig versorgt wurden, ohne eine spezifische medizinisch-psychiatrische Behandlung zu erfahren.



Abb. 4: Ehemaliges Versorgungshaus Imst (2010)

Die geografische Verteilung der Versorgungshäuser im 19. Jahrhundert zeigt sehr deutlich, dass die Bezirke Bozen, Innsbruck, die Unterinntaler Bezirke und im südlichen Landesteil die Gerichtsbezirke Borgo und Tione, letztere allerdings mit sehr kleinen Häusern, über ein relativ dichtes Netz an entsprechenden Einrichtungen verfügten, während große Teile Osttirols, der angrenzende Bezirk Pustertal/Bruneck, der Vinschgau und die nördlichen Gerichtsbezirke des Trentino massiv unterversorgt waren. Auch hinsichtlich der Aufnahmekapazitäten sind erhebliche Unterschiede festzustellen, große Versorgungshäuser bestanden in Hall, das so ge-

nannte *„Zufluchtshaus"* verfügte z.B. über Platz für rund 250 Personen, das städtische Versorgungshaus in Innsbruck zählte über 170 Pflegebetten, das städtische Armenhaus in Innsbruck bot 120 Personen Platz. Die meisten Häuser zählten aber kaum mehr als 20 ständig Verpflegte. Noch vor Ausbruch des Ersten Weltkrieges wurden in Innsbruck und Wörgl Versorgungshäuser mit großen Kapazitäten und relativ guten Standards gebaut und eröffnet. Auch wenn die Versorgungshäuser bis in die Mitte des 20. Jahrhunderts wesentlicher Bestandteil der Unterbringungspraxis in Tirol waren, wurden psychisch kranke Menschen dort in der Regel – vorübergehend oder auch dauerhaft – bloß „verwahrt". Die medizinisch-psychiatrische Behandlung gehörte nicht zum Aufgabengebiet der Versorgungshäuser. Eine über die einfache Grundpflege, Verköstigung und Beaufsichtigung hinausgehende Betreuung der Kranken war nicht vorgesehen. Diese Rolle nahmen eigene Spezialanstalten ein, die sich in Österreich – wie in vielen anderen europäischen Staaten – als eine der zentralen Strukturen des aufgeklärten „Wohltätigkeitsregimes" etablieren sollten: die *„Irrenanstalten"*. Diese eigenständigen Spezialanstalten zur Versorgung, Pflege und Behandlung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen beherbergten am Ende des 19. Jahrhunderts Österreich weit rund 40 Prozent der nunmehr als PatientInnen wahrgenommenen *„Irren"*. Diese neue Auffassung vom *„Irren"* als *„krank"* und der *„Irrenfrage"* als medizinischer He-



Abb. 5: Landesnervenkrankenhaus Hall (ca. 1960)

rausforderung hat sich in allen Staaten Europas – in den einen früher, den anderen später – ebenso wie in den USA durchgesetzt. Dass diese wesentlich neue Orientierung in der Praxis oft eine improvisierte Antwort, eine von alten und neuen Vorstellungen und Zwecken durchwirkte Verwahr- *und* Behandlungsstruktur mit vermischter Funktion erzeugte, respektive bewahrte, gilt als sozial- und medizingeschichtlich erwiesen. Organisations- und institutionengeschichtlich aber muss die *„Irrenanstalt“* als erfolgreich gelten. In allen Ländern Europas wurde ihre Einrichtung beschlossen, so auch in Österreich. Das Gesetz vom 17. Februar 1864 übertrug die Zuständigkeit der *„Irrenversorgung“* vom Staat auf die Länder bzw. Kronländer, was eine Gründungswelle landeseigener Anstalten in Gang setzte.[4]

Die erste psychiatrische Anstalt des Landes Tirol, die *„k. k. Provinzial-Irrenanstalt“*[5], wurde am 1. September 1830 im ehemaligen Klarissenkloster für 80 Männer und Frauen aus Tirol, Südtirol, dem Trentino und Vorarlberg[6] in Hall, westlich der Landeshauptstadt Innsbruck eröffnet. Sie war damit eine der ersten *„Irrenanstalten“* Österreichs und galt lange als eine seiner modernsten. Sie sollte anfangs, so das Statut, *„heilbare“* und *„gefährliche“* PatientInnen mit *„seelischen“* Problemen aufnehmen. Auf Grund der stetig steigenden Nachfrage nach Behandlungsbetten und Pflegeplätzen – ein Phänomen, das später als *„Irrenboom“*[7] bezeichnet werden wird, und dessen Zustandekommen schon zeitgenössisch zu kontroversen Debatten führte – wurden mehrere Zu- und Umbauten (1845 *„Tobabteilung“*, 1868 *„Frauenhaus“*) notwendig. Diese konnten die Nachfrage allerdings nur vorübergehend befriedigen, so dass eine im Landtag und in der Presse geführte langwierige und politisch aufgeladene Diskussion um die Errichtung einer zweiten Landesanstalt oder alternativ um den Bau einer *„Irren“-Pflegeanstalt* (für chronisch Kranke) entbrannte. Die italienischen Abgeordneten argumentierten zu Recht mit der Benachteiligung der italienischsprachigen Bevölkerungsgruppe, deren PatientInnen nach weiten und strapaziösen Anreisen ins mehrheitlich deutschsprachige Tirol in einer für sie fremden soziokulturellen Umgebung leben mussten. Ihrer Forderung wurde nach schwierigen Verhandlungen schließlich am 12. Oktober 1874 durch Verordnung des Tiroler Landtages Folge geleistet und ein Begutachtungsverfahren für einen geeigneten Standort eingeleitet. Am Gelände des Gutshofes San Pietro in Pergine errichtete das Land in der für die Anstalten der Habsburgermonarchie typischen Form eines liegenden „E“ ihre zweite *„Landesirrenanstalt“* mit einer Aufnahmekapazität von anfänglich 91 Personen italienischer Muttersprache. Doch wurde auch diese Anstalt ständig erweitert: Wies die am 15. September 1882 eröffnete zweite *„Landes-*

irrenanstalt Pergine / Manicomio provinciale di Pergine"[8] nach der Jahrhundertwende eine Bettenzahl von rund 400 aus, war der Bestand in den 1940er Jahren auf über 1000 Behandlungsbetten angewachsen.



Abb. 6: Landesirrenanstalt Pergine (ca. 1910)

Vergleichbares gilt auch für die Anstalt in Hall: Den höchsten Belegsstand mit 1078 Pflegeplätzen erreichte diese schon während des Ersten Weltkriegs. Neben mehreren Umbauten in Pergine selbst (1905 die Pavillons *„Padiglione Pandolfi"* und *„Padiglione Perusini"* zu je 50 Betten) konnte diese Steigerung durch die Eröffnung von Filialen, so der landwirtschaftlichen Kolonie in Vigalzano mit 40 Betten (1904), der durch Unterstützung der *„Attilio-Romani-Stiftung"* ermöglichten Errichtung der Pflegeanstalt Nomi (1922) und der *„Landwirtschaftlichen Siedlung für ruhige Geisteskranke Stadlhof / Colonia agricola provinciale per infermi di mente tranquilli di Stadio"* bei Pfatten (1938) für 40 PatientInnen aus der Provinz Bozen, erreicht werden. Bis zu der im Zuge der Psychiatriereform erfolgten Schließung der Anstalten in Italien blieb Stadlhof als *„Institut für psychiatrische Ergotherapie"* die einzige, wenn auch in ihrer Funktion eingeschränkte, psychiatrische Struktur zur stationären Behandlung von psychisch beeinträchtigten Personen in der Provinz Bozen – lange Zeit mit einer Aufnahmekapazität von 150 Plätzen.



Abb. 7: Landwirtschaftliche Kolonie Stadlhof bei Pfatten (2. Hälfte 20. Jahrhundert)

Eine weitere und in der Folge den wissenschaftlichen Diskurs bestimmende Säule der „Psychiatrischen Landschaft“ Tirols bildete die Innsbrucker *„Neurologisch-psychiatrische Klinik“*[9], die 1891 als vierte Universitätsklinik im damaligen Österreich eröffnet wurde. Obwohl der Grund für die Errichtung der Klinik nicht eigentlich die Not in der Versorgung von PatientInnen war, schließlich war die Klinik von mehreren, nicht allzu fernen psychiatrischen Anstalten in Hall, in der Valduna (Vorarlberg) und Pergine umgeben, auch die Krankenhäuser in Trient (S. Chiara), Zams und Innsbruck führten zusammen fast 200 sogenannte *„Irrenbetten“*, war sie beständig gut ausgelastet, wenn auch infrastrukturell stets unterversorgt. Dies wird sich erst ändern als 1918 ein Teil der PatientInnen in die neu eingerichtete *„Neurologische Abteilung“* in die ehemalige Kadettenschule am Innrain übersiedeln und als 1937 der über Jahre geforderte Neubau der Klinik am heutigen Standort entstehen wird. Die Zahl der Aufnahmen stieg von etwa jährlich 105 im Jahr nach der Gründung 1892/93 bis zu gut drei Mal so vielen im Jahr 1915 an. Die großen Aufnahmezahlen resultierten letztlich aus der vergleichsweise kurzen Aufenthaltsdauer und hohen Fluktuation der PatientInnen. Die Zahl der *„Überstellungen“* in die psychiatrischen Anstalten Hall und Pergine oder auch in andere Versorgungsstrukturen war hoch: So entfielen in den 1920 und 1930er Jahren allein 57 Prozent der Zuweisungen an die Haller Anstalt auf die Innsbrucker

Klinik. Die hohe Zahl verweist auf ihre besondere Rolle als *„Durchgangsort und Schleuse"* innerhalb des psychiatrischen Systems. Während das Versorgungsmonopol bis weit ins 20. Jahrhundert bei den Anstaltspsychiatrien verblieb, verschob sich das Diskursmonopol schon 1900 hin zur akademischen Psychiatrie. Sie etablierte eine neue Beziehung zwischen *„Heilen und Wissen"*.

Bevor die Kriegsumstände ab 1916 (Evakuierungen der 504 PatientInnen in Pergine auf Grund der Frontnähe in die Anstalten Hall, Klosterneuburg, Mauer-Öhling, Wien, Ybbs a. d. Donau, Praha-Bohnice und Kremsier sowie die Einquartierungen von Soldaten in Hall) zu einschneidenden Verschiebungen innerhalb der medikalen Struktur des Landes führen sollten, hatte sich die *„psychiatrische Landschaft"* Tirols zu einer für den österreichischen Raum typischen Versorgungsstruktur geformt: PsychiatriepatientInnen, die chronisch krank waren, aber keine permanente medizinische Behandlung benötigten oder aus sozialen Gründen erlangen konnten, verblieben entweder in der Familienversorgung oder in den lokalen Versorgungshäusern und Spitälern; PatientInnen, die auf Grund behaupteter oder tatsächlicher Selbst- oder Fremdgefährdung einer dauerhaften Behandlung, Pflege und Beaufsichtigung bedurften, wurden, sofern Aufnahmebetten zur Verfügung standen, in den psychiatrischen Anstalten in Hall bzw. in Pergine untergebracht. Die Innsbrucker *„Neurologisch-psychiatrische Klinik"*



Abb. 8: Neurologisch-Psychiatrische Klinik Innsbruck (1916)

der Gründerzeit wiederum nahm als *„integrierte Stätte der Forschung, Lehre und Behandlung“*[10] vor allem *„AkutpatientInnen“* und solche Menschen auf, deren Krankheitszustand ungewiss, diagnostisch anspruchsvoll und wissenschaftlich vielversprechend war. Viele von ihnen stammten aus dem benachbarten Vorarlberg, aus Südtirol und dem Trentino. Die dreifache Funktion der Universitätspsychiatrie stellte auch die Innsbrucker Klinik vor die beständige Herausforderung, zwischen *„Wissens- und Versorgungsökonomie“*[11] zu vermitteln.

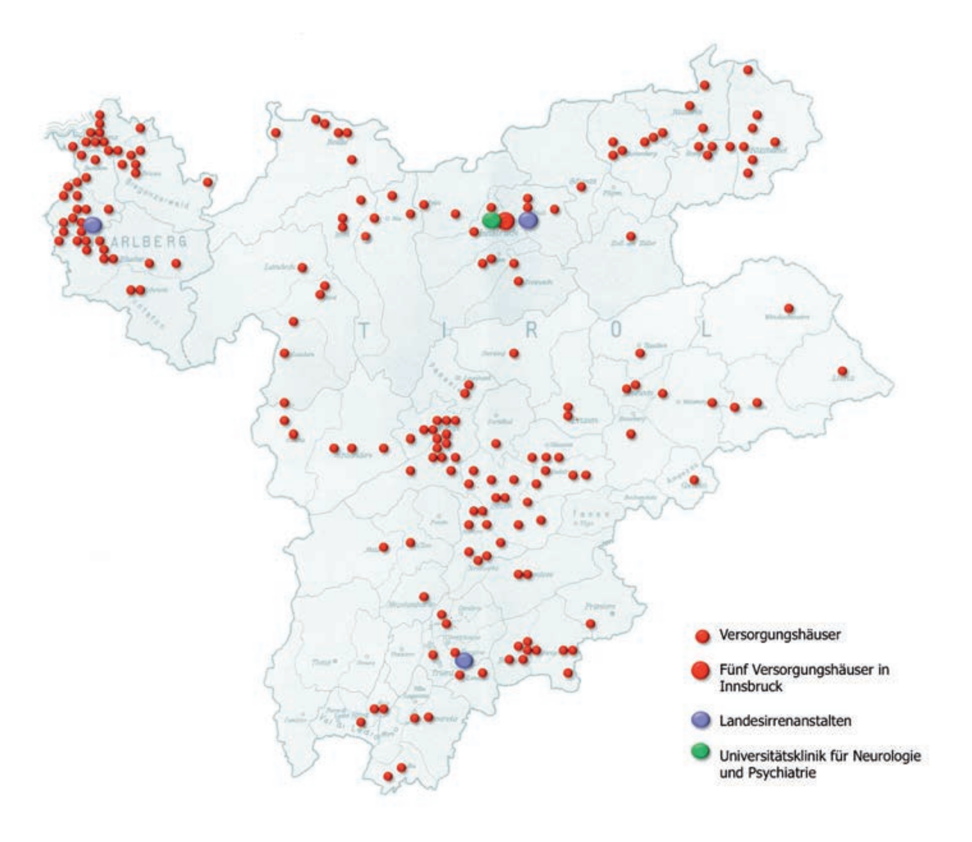


Abb. 9: Die Versorgungslandschaft im historischen Raum Tirol um 1900

Das Versorgungssystem in Tirol, Südtirol und im Trentino 1919 bis zur *„Basaglia-Reform“*

Die durch den Friedensvertrag von St. Germain 1919 bestimmte Abtretung der Gebiete südlich des Brenners an Italien hatte für die AnstaltspatientInnen aus dem Trentino und aus Südtirol weitreichende Folgen. Bereits am 3. März 1919 kehrten 101 Frauen und 74 Männer aus der Gruppe der 1916 aus Pergine evakuierten 504 PatientInnen nach Pergine zurück. Während die evakuierten PatientInnen aus dem Trentino in ihre „Heimat“ zurückkehrten, bedeutete für die durch ein Abkommen mit der Anstalt in Pergine ermöglichte Überstellung der deutschsprachigen, nun aber nach Italien zuständigen Südtiroler PatientInnen, sich in eine für sie fremde Anstaltskultur und nunmehr italienische Institution fügen zu müssen. 1923 und 1925 wurden die letzten der nun nach Italien zuständigen Südtiroler bzw. Trentiner PatientInnen dorthin überstellt. Die psychiatrische Anstalt in Pergine, fortan als *„Ospedale provinciale della Venezia Tridentina in Pergine“* bezeichnet, wurde mit königlichem Dekret vom 31. Jänner 1929 dem italienischen Gesetz über die Anstalten vom 14. Februar 1904 Nr. 36 unterworfen. Im Sinne des ihr auferlegten erweiterten Versorgungsauftrags erfuhr die Anstalt unter dem ersten italienischen Direktor Guido Garbini erneut bauliche Veränderungen (*„Padiglione Valdagni“*, *„Padiglione di Osservazione“*). Nach diesen Erweiterungen sollte die Zahl der PatientInnen auf 750 anwachsen. Mit den neuen Dienst- und Aufsichtsanweisungen vom 26. November 1932 wurde die Anstalt in Pergine endgültig zur *„totalen Institution“ (*Erving Goffman). Selbstverständlich hatte die autoritäre Politik des ab nun in Italien regierenden Faschismus von Benito Mussolini Rückwirkungen auch auf die Krankenanstalt und deren Organisation.

Durch die deutsch-italienischen Vereinbarungen waren auch die deutschsprachigen PatientInnen der Anstalt in Pergine von den Optionsbestimmungen für Südtirol betroffen. Ab dem 1. Jänner 1940 war Pergine nicht mehr länger für jene SüdtirolerInnen zuständig, die selbst bzw. deren Angehörige für das „Deutsche Reich“ optiert hatten. Bereits am 29. Mai 1940 wurden 299 deutschsprachige PatientInnen aus Pergine, Stadlhof und anderen psychiatrischen Einrichtungen (etwa aus den Anstalten in Udine und Nomi) in Begleitung von Ärzten und PflegerInnen in die psychiatrische Anstalt Zwiefalten in Deutschland und von hier in die Anstalten Schussenried und Weissenau in Baden-Württemberg verbracht.[12] Psychisch Kranke, die sich vor und während der Optionszeit nicht in einer psychiatrischen Anstalt befanden und für die Angehörige ein Optionsgesuch gestellt

hatten, wurden in Innsbruck von der *„Dienststelle Umsiedlung Südtirol (DUS)"* untersucht, *„psychiatrisiert"* und entweder nach Hall oder in die Psychiatrische Klinik in Innsbruck eingewiesen. Nach derzeitigem Forschungsstand dürfte der größere Teil der SüdtirolerInnen – Hinterhuber[13] spricht von 62 Opfern – einer gezielten Ermordung im Rahmen der so genannten *„Aktion T4"* entgangen sein, dennoch starben viele noch vor Kriegsende auf Grund unzureichender Versorgung und/oder systematischer Vernachlässigung.[14] Bekannt ist inzwischen auch das Schicksal von zehn Südtiroler Kindern mit Behinderung, von denen nachweislich fünf durch medizinische Menschenversuche in einer deutschen Kinderfachabteilung getötet wurden.[15] Hartmann Hinterhuber und Giuseppe Pantozzi[16] gehen davon aus, dass insgesamt 569 SüdtirolerInnen in deutsche Anstalten verlegt wurden, von denen mindestens 239 vor Kriegsende verstarben. Jene Südtiroler PatientInnen, für die kein Optionsgesuch gestellt wurde, erlebten wie ihre „italienischen" LeidensgenossInnen in Pergine eine von Verlegung, Entbehrung und Unterversorgung bestimmte Kriegszeit.

Im September 1940 begannen auch in der Heil- und Pflegeanstalt Hall die Vorbereitungen für die Transporte im Rahmen des nationalsozialistischen „Euthanasie"-Programms *„T4"*. Eine externe Ärztekommission erstellte auf Basis der Krankengeschichten die *„Transportlisten"*– die PatientInnen wurden weder untersucht noch befragt. Insgesamt wurden in den Jahren 1940 bis 1942 in vier Transporten 360 Männer und Frauen direkt aus der Anstalt in Hall oder über diese nach Hartheim[17] oder nach Niedernhart (Oberösterreich) deportiert, wo sie ermordet wurden. Der letzte Transport Ende August 1942 – mehr als ein Jahr nach dem offiziellen Ende der NS-„Euthanasie" – führte in die Heil- und Pflegeanstalt Niedernhart bei Linz, wo die PatientInnen durch Medikamentenüberdosierungen ermordet wurden. Von der nationalsozialistischen Tötungsaktion waren aber nicht nur die PatientInnen der Heil- und Pflegeanstalten betroffen. Bereits im Dezember 1940 wurden auch aus dem St. Josefs-Institut in Mils *„Pfleglinge"* nach Hartheim verbracht und dort ermordet. Ab dem Frühjahr 1941 wurden auch die Versorgungshäuser in die *„Aktion T4"* miteinbezogen. Von den 360 ermordeten PatientInnen, die aus Hall abtransportiert wurden, kamen 20 ursprünglich aus dem Versorgungshaus Nassereith, 13 aus dem Versorgungshaus Imst und 21 aus dem Versorgungshaus Ried im Oberinntal.[18]

Aber auch die PatientInnen der Heil- und Pflegeanstalt Hall, die nicht für den organisierten Mord ausgewählt und in die Tötungsanstalten verbracht wurden, litten unter den Auswirkungen der menschenverachtenden NS-Gesundheitspoli-

tik. Die Sterberate stieg in diesen Jahren deutlich an. Die genauen Hintergründe und Umstände für diese erhöhte Sterblichkeit werden seit Jänner 2011 im Rahmen eines interdisziplinären Projekts (Archäologie, Anthropologie, Medizin und Geschichtswissenschaft) und einer vom Land Tirol eingesetzten Expertenkommission erforscht. Die zwischenzeitlich durchgeführten Exhumierungen von 125 der schätzungsweise 230 Toten am Gräberfeld in Hall bestätigen indes nicht nur den Verdacht auf Hungerkost und massiver pflegerischer Unterversorgung zwischen 1942 und 1945, der Befund zeugt darüber hinaus von der Anwendung massiver körperlicher Gewalt: Mehr als die Hälfte der untersuchten Skelette weist Rippenbrüche auf, die in keiner Krankenakte vermerkt sind. Ebenso gibt es klare Hinweise auf an diesen PatientInnen durchgeführte Sterilisierungen und hohe Medikamentendosierungen, die Lungenentzündungen und Thrombosen ausgelöst haben dürften und unter Umständen auch tödlich waren. Endgültige Ergebnisse werden für 2012/2013 erwartet.[19]

Über die Geschichte der Anstalt in Hall der unmittelbaren Nachkriegsjahre ist noch wenig bekannt. Das hängt nicht zuletzt damit zusammen, dass das *„Historische Archiv des Landeskrankenhauses Hall"* erst vor wenigen Jahren eingerichtet wurde und das Material – die Nachkriegszeit betreffend – bislang nur unzureichend aufgearbeitet ist. Auch fehlen diesbezüglich die für eine Institutionengeschichte aufschlussreichen Verwaltungsakten. Wie so oft sind die HistorikerInnen auch hier auf die Aussagen von ZeitzeugInnen (z.B. ehemaligen PflegerInnen) angewiesen, deren mündliche Berichte derzeit im Rahmen eines Forschungsprojektes für eine Filmdokumentation gesammelt und verarbeitet werden.[20] Etwas genauer ist die Forschung indes über das Nachkriegsschicksal der Südtiroler PatientInnen informiert. Jener Teil der PatientInnen, der das Kriegende erlebte, verblieb über den Krieg hinaus zum Teil noch für Jahre in Zwiefalten, Schussenried und Weissenau, weil ein dazu notwendiger Antrag auf Rückoption nicht oder zu spät eingereicht wurde, die Unterschriften der gesetzlichen Vormunde fehlten oder die staatliche Zugehörigkeit der PatientInnen verloren gegangen war. Entscheidend dürfte aber gewesen sein, dass sich weder der Staat Italien, der den OptantInnen eine Frist von einem Jahr für eine Rückoption setzte, noch die Südtiroler Verwaltungsbehörden um die Repatriierung der PatientInnen kümmerten. Denn obwohl ein junger deutscher Psychiater, Johannes May und ein Pfleger, Albert Altherr, sich 1953 des Problems annahmen, befanden sich 1960 immer noch 67 Südtiroler PatientInnen allein in Schussenried. Erst ab Mitte der 1970er Jahre und auf Bestreben der dortigen Anstalt wurde ein Repatriierungsprogramm

gestartet, das im Laufe langjähriger Vorbereitungen die rückkehrwilligen PatientInnen nach Südtirol zurückbringen sollte. In Schussenried und Zwiefalten leben im Jahr 1974 noch 37 der im Zuge des Optionsabkommens dorthin verlegten 491 Südtiroler Kranken, vor wenigen Jahren verstarb der letzte Südtiroler Patient in der Psychiatrie Kaufbeuren.

Das Fehlen eines tragfähigen Versorgungsnetzes in Südtirol sollte zunächst durch ein Abkommen mit dem Land Tirol (1955) kompensiert werden, wodurch die Aufnahme und Behandlung von Südtiroler PatientInnen im Bundesland Tirol ermöglicht wurde. Auch die in den 1950er Jahren gestarteten Initiativen der Trentiner Anstaltsleitung, die Einrichtung und den Betrieb der ersten psychiatrischen Beratungsstellen (*„Ambulante Dienste“*) in Bozen und Meran zu unterstützen, dienten diesem Zweck. Ein anderer Teil der Südtiroler PatientInnen wurde an die Anstalt in Pergine verwiesen, die in den 1960er Jahren mit 1.600 bis 1.700 Kranken wieder an die Grenzen ihrer Aufnahmekapazität gelangt war, obwohl 1949 die landwirtschaftliche Kolonie *„Stadlhof“* erweitert und 1959 und 1966 der Bau zweier neuer Gebäude in Auftrag gegeben wurde. Durch diese Politik war Südtirol in eine doppelte Anbindung an und Abhängigkeit von den alten Nachbarregionen – dem österreichischen Bundesland Tirol und der Provinz Trentino – geraten. Somit ist auch wenig verwunderlich, dass in Südtirol noch Mitte der 1960er Jahre Pläne zum Bau eines eigenen psychiatrischen Großkrankenhauses entwickelt wurden. Allerdings zeichnete sich in dieser Phase bereits ab, dass Italiens Gesellschaft künftig einen neuen Weg in der Begleitung psychisch kranker Personen suchen würde.[21] Schon im Gesetz Nr. 431 vom 18. März 1968 (*„legge Mariotti“*) wurde die Errichtung weiterer psychiatrischer Anstalten in Frage gestellt, die Installierung von kleinen psychiatrischen Abteilungen und multiprofessionellen Ambulanzen (Regionalisierung der Psychiatrie) angedacht und erste Zentren für Psychische Gesundheit (*„Centri di igiene mentale – CIM“*) geplant. Erstmals sollte seit Beginn des Jahrhunderts (*„legge Giolitti“*) eine Einweisung in die Psychiatrie nicht mehr den Verlust der Persönlichkeits- und Freiheitsrechte bedeuten, erstmals auch sollte eine freiwillige Aufnahme in institutionelle, psychiatrische Behandlung möglich werden. Auch das Landesgesetz Nr. 37 aus dem Jahre 1976 ging in eine ähnliche Richtung. Mit der Umsetzung der Reform durch Vollziehung des so genannten *„Basaglia-Gesetzes“* vom 13. Mai 1978 (Staatsgesetz Nr. 180) in Italien waren der ideologische und strukturelle Bruch mit den alten Strukturen und die völlige Neuorientierung der künftigen Ausrichtung des italienischen psychiatrischen Systems vollzogen. Der Initiator

der Reform, der italienische Psychiater Franco Basaglia (1924–1980), hatte sich bereits 1961 von Görz (*„Görzer Experiment“*) und dann ab 1972 von Triest ausgehend, gemeinsam mit einem Team von ReformpsychiaterInnen entschieden gegen den repressiven und kustodialen Anstaltsstil gewandt und die Stationen geöffnet. Basaglia war der Auffassung, das alte *„Irrenhaus“* würde den Ort darstellen, in dem der Kranke endgültig verloren sei, er wäre hier nicht nur Objekt seiner Krankheit, sondern auch Objekt von Internierung. Die Krankheit sei kaum noch von der Hospitalisierung, die die Anstalt erzeuge, zu unterscheiden, erläuterte er 1964 am *„Internationen Kongress für Sozialpsychiatrie“* in London.[22] Alle Sozial- und Personenrechte müssten dem Kranken zurückgegeben werden, jeder Freiheitsentzug müsse vermieden, die Person und ihre natürliche Umgebung, in der Gemeinde, der Familie sollten im Vordergrund einer psycho-sozialen und therapeutischen Begleitung stehen. Das medikale Prinzip dürfe nicht mehr dominieren. Die im Gesetz Nr. 180 verfügte Schließung der psychiatrischen Anstalten erfolgte in den einzelnen Regionen Italiens unterschiedlich rasch. Die Anstalt Pergine etwa wurde erst 2002 endgültig geschlossen. Viele PatientInnen aus Pergine wurden in Alters-, Behindertenheime und Privatkliniken verlegt, die ebenso wie die Einrichtungen der forensischen Psychiatrie (*„Ospedali Psichiatrici Giudiziari“*) von den Bestimmungen der Reform ausgenommen waren[23], andere wurden in ihre Familien oder in offene Rehabilitationszentren und Genossenschaftsprojekte entlassen. Seit 17. Juli 1978 nahm die Anstalt in Pergine keine PatientInnen mehr auf, die als *„rückfällig“* galten oder per Zwang eingewiesen wurden, eine freiwillige Aufnahme allerdings war noch bis Dezember 1981 möglich. Die Schließung der großen psychiatrischen Krankenanstalten in Italien und die ihr nachfolgende oder gleichzeitige Realisierung gemeindenaher Alternativen stellte einen Prozess dar, der weit davon entfernt war mit Ausrufung des Gesetzes schon abgeschlossen zu sein. Allerdings war er auch nicht mehr rückgängig zu machen und entfaltete seine „befreiende“ Wirkung weit über Italien hinaus.

Das psychiatrische Versorgungsnetz in Südtirol nach der Psychiatriereform

Die im *„Basaglia-Gesetz“* formulierten Dezentralisierungsmaßnahmen legten die Zuständigkeit für „AkutpatientInnen“ in die Verantwortung der allgemeinen Krankenhäuser (in deren *„Psychiatrische Dienste für Diagnose und Thera-*

pie"), während die ambulante Behandlung und Betreuung in multiprofessionellen Teams von den *„Zentren für psychische Gesundheit"* geleistet werden sollten. Der Aufbau eines alternativen Behandlungs- und Versorgungsnetzes erwies sich jedoch als schwierig und langwierig. Das alte psychiatrische Modell war juridisch und technisch nicht mehr anwendbar – für das kurz vor Fertigstellung stehende *„Psychiatrische Krankenhaus"* in Moritzing bei Bozen musste ein alternativer Verwendungszweck gefunden werden – und neue Entwicklungen blieben lange aus. Der Personalstand der psychiatrischen Dienste in Südtirol betrug noch Mitte der 1980er Jahre, so Elio Dellantonio, 20 Prozent des Mindestsolls: in der Nachbarprovinz Trentino arbeiteten vier Mal so viele Psychiater und fünf bis sechs Mal so viele Pflegekräfte, in Tirol sechs bis acht Mal so viele Ärzte und etwa acht Mal so viele Pfleger und Pflegerinnen.[24] Nach Dellantonio konnte bis Ende der 1980er Jahre in Südtirol daher nicht mehr als *„Routine-Dringlichkeitspsychiatrie"* betrieben werden. Auch Lorenzo Toresini bestätigt, dass es bis in die beginnenden 1990er Jahre mit wenigen Ausnahmen so gut wie keine eigenständige Südtiroler Antwort auf die Bedürfnislagen der psychisch Kranken des Landes gab.[25] Von den Akutabteilungen in den allgemeinen Krankenhäusern waren zunächst nur zwei – in Bozen – in Betrieb, mit einer Kapazität von 24 Betten. Seit Ende der 1990er Jahre hat jedes größere Bezirkskrankenhaus seine – der *„Basaglia-Reform"* entsprechende kleine – Abteilung. Trotzdem befanden sich im Jahr 1991 allein in der Psychiatrischen Klinik in Innsbruck und im Psychiatrischen Krankenhaus in Hall 277 Südtiroler PsychiatriepatientInnen,[26] noch 1992/1993 wurden fast 60 Prozent der PatientInnen Südtirols außerhalb der Provinz behandelt.[27] 2009, somit dreizehn Jahre nach Beschluss des Südtiroler *„Psychiatrieplans 2002"* (1996), dessen Leitlinie es war, *„eine integrierte und gestufte, und in die bestehende Struktur der medizinischen und sozialen Grundversorgung eingebundene psychiatrische Versorgung"* sicherzustellen, seien nach einem langwierigen Nachholprozess, so Roger Pycha[28], 80 Prozent der Vorhaben umgesetzt. Das Fehlen geeigneter Einrichtungen war aber nicht nur ein Problem der langanhaltenden, unzureichenden Versorgungsstruktur des Landes. Das andere Problem bestand im Mangel an ausgewiesenem Fachpersonal: Fast zwei Jahrzehnte lang wurde ein Drittel des gesamten Südtiroler Raumes ausschließlich, und ein weiteres Drittel teilweise von Innsbruck aus betreut. Es ist mit ein Verdienst des *„Verband(es) der Angehörigen und Freunde psychisch Kranker"*, der sich seit 1989 durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit für eine tragfähige Struktur engagierte und politisch Gehör fand, dass heute (2011) ein vergleichsweise zeitgemäßes und gemeindenahes

Versorgungssystem zur Verfügung steht: Bestehend aus acht *„Zentren für Psychische Gesundheit"*, vier Krankenhausabteilungen (mit insgesamt 61 Betten), vier Day/Night-Hospitals mit 15 Betten, drei Reha-Einrichtungen (*„Grieser Hof"* in Bozen, *„Gelmini"* in Salurn und das *„Basaglia-Haus"* in Sinich mit insgesamt 59 Plätzen), sieben Wohnheimen mit insgesamt 79 und zwölf Wohngemeinschaften mit 97 Plätzen, acht Tagesstätten und fünf Treffpunkten, sowie vierzehn Berufswiedereingliederungsdiensten.



Abb. 10: Haus Basaglia, Zentrum für psychische Gesundheit in Sinich/Meran (2011)

Die Bewertung der gegenwärtigen Lage bleibt allerdings abhängig von den Parametern, die angelegt werden, um diese zu qualifizieren. Wer auf eine hohe Ausdifferenzierung der Angebote im medikalen Raum setzt, wird weiter eine Reihe von Lücken im Südtiroler Versorgungssystem ausmachen, wer systematisierte Betten vergleicht, wird feststellen, dass das klinische Angebot geringer ist als jenes in Tirol. Wer das System dahingehend beurteilt, dass stigmatisierende Großeinrichtungen fehlen, dass Gemeindenähe praktiziert, auf Freiheitsentzug strukturell verzichtet und ohne Besonderung der psychisch kranken MitbürgerInnen auf Integration der psychiatrischen Dienste in das allgemeine Sozial- und Gesundheitssystem gesetzt wird, wird andere Schlüsse ziehen.

Späte Reform – die psychiatrische Versorgung in Tirol

Im Unterschied zur Entwicklung in Italien war die Breitenwirkung und Durchsetzungskraft der psychiatriekritischen Bewegung in Österreich vergleichsweise gering. Die Demonstrationswelle[29] der österreichischen Repräsentanten[30] und Gruppen (etwa die am italienischem Vorbild orientierte *„Demokratische Psychiatrie“*, die Gruppe *„Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter“*, das Patientencafé auf der Baumgartnerhöhe *„Komm 24“*, sowie die AktivistInnengruppe *„Kritik, Aktion, Information“*)[31] verebbte zu Ende der 1980er Jahre fast ganz.

Als erste wichtige Etappe der österreichischen Psychiatriereform gilt das so genannte *„Unterbringungsgesetz“* (UbG) für psychisch Kranke aus dem Jahr 1991, das bei abnehmender Bettenzahl in Österreich seit den 1970er Jahren von rund 20.000 auf 4.000, den Anteil unfreiwilliger Aufnahmen von anfänglich 96 Prozent (1990) auf 20 Prozent (1991/1992) reduzierte.[32] Das Unterbringungsgesetz löste das bis dahin wirksame Anhalterecht der so genannten *„Entmündigungsordnung“* aus dem Jahre 1916 ab. Es sucht den Freiheitsentzug (die unfreiwillige Anhaltung) zu begrenzen, ihn auf ganz bestimmte in der Tendenz sich verkleinernde Personengruppen (jenen, denen eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung attestiert wird) zu beschränken, den Zwang zu minimieren, ihn also nur in ganz bestimmten Situationen zur Anwendung kommen zu lassen und es



Abb. 11: Parkcafé im Landeskrankenhaus Hall (2010)

markiert die unfreiwillige Psychiatrisierung durch die geforderte Subsidiarität als letzte aller Möglichkeiten. Eine unabhängige PatientInnenanwaltschaft wurde als Rechtsvertretung eingesetzt: Sie ist das Korrektiv im ungleichen Kräfteverhältnis zwischen Institution und PsychiatriepatientIn. Da für die Voraussetzung der Anhaltung zwingend eine psychische Krankheit vorliegen muss, ermöglichte die Umsetzung des UbG letztlich, dass für mehr als hundert geistig behinderte Menschen, die bis dahin über Jahre und oft Jahrzehnte in geschlossenen Stationen des Psychiatrischen Krankenhauses in Hall gelebt hatten, angemessenere und offene Wohn- und Betreuungsstrukturen gesucht und gefunden werden mussten. Wie spät die Reform Österreich erreichte, zeigt sich auch daran, dass mit Beginn der Arbeit der Patientenanwaltschaft im PKH Hall im Jahre 1991 der größte Teil der Anstalt noch geschlossen geführt wurde. Aber auch die indirekten Auswirkungen des UbG allein hinsichtlich der Bettenzahl in Hall sind beeindruckend: Von den noch Ende der 1980er Jahre 1.200 stationären Betten in Hall verblieben 1995 rund 500, 2010 nur mehr 250. Weitere Reduktionen sind im regionalen Strukturplan vorgesehen.

Der *„Tiroler Psychiatriereformplan“* (1993)[33], der am 31. Jänner 1995 in der Tiroler Landesregierung Zustimmung fand und eine regionalisierte und bedarfgerechte Versorgungsstruktur mit stationären, ambulanten und komplementären Leistungsangeboten vorsieht, zeigt nunmehr 15 Jahre später deutliche Züge einer regionalisierten und sektorialisierten *„psychiatrischen Landschaft“*. Der *„Ausgliederung“* der Menschen mit geistiger Behinderung (1995) aus den psychiatrischen Krankenhäusern folgte 1999 die Ausgliederung bzw. Überführung des *„Primariats III“* in die neue Landes-Pflegeklinik in Hall mit 121 Betten. Im selben Jahr wurde im Krankenhaus Kufstein eine psychiatrische Abteilung eröffnet, 2009 konnte nach Besetzungsschwierigkeiten eine solche auch im Bezirkskrankenhaus Lienz ihre Arbeit aufnehmen. Parallel zum massiven Bettenabbau wurde das Angebot an Tageskliniken erhöht, 1997 an der Universitätsklinik und am Psychiatrischen Krankenhaus in Hall, zwei Jahre später auch im Bezirkskrankenhaus Kufstein. Seit 2003 verfügen alle Tiroler Bezirke über so genannte *„Psychosoziale Dienste“*, erste Anlaufstellen für Kranke und deren Angehörige. Spezialambulanzen etwa für Drogenkranke stehen im LKH Hall, an der Universitätsklinik sowie seit 2003 in Wörgl als Zweigstelle des Bezirkskrankenhauses Kufstein zur Verfügung. Im komplementären Bereich fungieren vor allem Organisationen wie PSP (*„Psychosozialer Pflegedienst“*), START (*„Sozialtherapeutische Arbeitsgemeinschaft Tirol“*), die GPG (*„Gesellschaft für psychische Gesundheit“*), BIN

(*„Beratungsstelle für Abhängigkeitskrankheiten“*), BIT (*„Drogen Suchtberatung Tirol“*) und VAGET (*„Verbund außerstationärer gerontopsychiatrischer Einrichtungen Tirols“*) als Träger. Der größere Teil dieser extramuralen Einrichtungen verfügt über Zweigstellen auch in den größeren Bezirksstädten. Der Ausbau der „Tagesstrukturen“ zur Unterstützung der Rehabilitation und Vorbereitung für den Berufswiedereinstieg allerdings konzentriert sich auf die Stadt Innsbruck und Innsbruck-Land. Zwei Drittel der Plätze werden dort angeboten. Das gilt auch für das Angebot betreuten Wohnens und Arbeitens. Der Psychiatriereformplan sah außerdem eine Verbesserung des regionalen Angebotes an Fachärzten, GesundheitspsychologInnen, PsychologInnen und PsychotherapeutInnen vor. Während die Zahl der FachärztInnen mit Kassenvertrag stagnierte, nahm jene der WahlärztInnen in dieser Zeit (1993–2005) von 20 auf 32 zu, auch die Zahl der klinischen PsychologInnen, GesundheitspsychologInnen und PsychotherapeutInnen stieg von 495 (1995) auf 863 (2005) an. Auch hier gilt eine starke Verteilungsdiskrepanz zwischen Stadt und Land.

Als vorläufig letzte Etappe der österreichischen Psychiatriereform ist das *„Patientenverfügungsgesetz“* von 2006 anzusehen. Mit diesem erhalten potenzielle PatientInnen die Möglichkeit durch eine Vorausverfügung bestimmte Behandlungsformen und Medikationen abzulehnen. Noch viel weitreichender allerdings wäre die Anwendung der 2008 in Kraft getretenen und im selben Jahr von Österreich unterzeichneten *„UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderung“*, in dessen weitem Begriff von Behinderung Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen eingeschlossen sind. Durch die konsequente Orientierung der Konvention an Gleichstellung, Teilhabe und Selbstbestimmung machte sie erstmals soziale Rechte auf Inklusion und Beteiligung, einschließlich aller Maßnahmen, die zu ihrer individuellen Durchsetzung notwendig sind, auch für psychisch kranke Menschen einklagbar. Das allerdings würde die psychiatrische Versorgungslandschaft, auch jene von Tirol, vom Kopf auf die Füße stellen: in die (Mit)Entscheidungsverantwortung der Betroffenen.

Anmerkungen

1 Vgl. im Folgenden Dietrich-Daum, Elisabeth, „Care“ im „ultimum refugium“. Versorgungshäuser als Orte kommunaler Armenpflege und -politik im 19. Jahrhundert, in: Appelt, Erna / Heidegger, Maria / Preglau, Max / Wolf, Maria A. (Hg.), Who Cares? Betreuung und Pflege in Österreich. Eine geschlechterkritische Perspektive, Innsbruck-Wien-Bozen 2010, S. 165-176.

2 Tiroler Landesarchiv (TLA), Jüng. Gubernium, Normaliensammlung, 28. Fasz., Pos.6.

3 TLA, Provinzialgesetzgebung für Tirol und Vorarlberg für das Jahr 1839, Bd. 26/2, S. 465f.

4 In Österreich entstand so in beinahe jedem der heutigen Bundesländer eine große Anstalt: die Niederösterreichische Landes-Heil- und Pflegeanstalt für Nerven- und Geisteskranke am Steinhof bei Wien (1904–1907), Gugging bei Klosterneuburg (1885), die Landes-Irrenanstalt Feldhof bei Graz (1874 als Neubau), Niedernhart bei Linz (1867), die Landes-Heil- und Pflegeanstalt Mauer-Öhling (1903), die k. k. Provinzial-Irrenanstalt in Hall. i. T. bei Innsbruck (1830) sowie die „Valduna“ in Rankweil / Vorarlberg (1870) und die Landes-Irrenanstalt Pergine im heutigen Trentino (1882).

5 Vgl. Redinger, Thomas, Zur Geschichte der psychiatrischen Disziplin. Die Irrenanstalt von Hall in Tirol (1830–1882), Diplomarbeit, Innsbruck 1998; Grießenböck, Angela, Die „Landesirrenanstalt“ in Hall in Tirol und ihre Patientinnen und Patienten (1882–1919), Dissertation, Innsbruck 2009.

6 1870 wurde in der Nähe von Rankweil die Valduna als psychiatrische Landesanstalt für Vorarlberger PatientInnen eröffnet. Vgl. Schnetzer, Norbert / Sperandio, Hans (Hg.), 600 Jahre Valduna. Der lange Weg – vom Klarissenkloster zum Landeskrankenhaus, Rankweil 1999.

7 Vgl. Watzka, Carlos, Der „Irrenboom“ in Steiermark. Zum Problem der Zunahme psychischer Erkrankungen in der Moderne, in: Newsletter Moderne 5/1 (2002), S. 21-26.

8 Vgl. Grandi, Casimira / Taiani, Rodolfo (Hg.), Alla ricerca delle menti perdute. Progetti e realizzazioni per il riuso degli ex ospedali psichiatrici nei territori italiani appartenuti all’Impero asburgico (=Quaderni di Archivio trentino 6), Trento 2002; Taiani, Rodolfo (Hg.), Alla ricerca delle menti perdute: viaggi nell’istituzione manicomiale (Ausstellungskatalog), Trento 2003; Pasini, Marina / Pinamonti, Annalisa (Hg.), Ospedale psichiatrico di Pergine Valsugana. Inventario dell’archivio (1882–1981), Trento 2003.

9 Ralser, Michaela, Im Vordergrund die Klinik. Das Beispiel der Innsbrucker Psychiatrisch-Neurologischen Klinik um 1900, in: Dietrich-Daum, Elisabeth / Taiani, Rodolfo (Hg.), Psychiatrielandschaft / Oltre il manincomio, Themenheft der Zeitschrift „Geschichte und Region / Storia e regione”, 17/2 (2008), S. 135-146; Ralser, Michaela, Das Subjekt der Normalität. Das Wissensarchiv der Psychiatrie: Kulturen der Krankheit um 1900, München 2010.

10 Vgl. Engstrom, Eric, Clinical Psychiatry in Imperial Germany. A History of Psychiatric Practice, Ithaca / London 2003.

11 Vgl. Engstrom, Eric / Hess, Volker (Hg.), Zwischen Wissens- und Verwaltungsökonomie. Zur Geschichte des Berliner Charité Krankenhauses im 19. Jahrhundert (=Jahrbuch für Universitätsgeschichte, 3/2000), S. 7-18 und S. 162-178.

12 Vgl. den Beitrag von Maria Fiebrandt in diesem Band.

13 Vgl. Hinterhuber, Hartmann, Die „Ausmerze Erbkranker“, eine „bevölkerungspolitische Maßnahme“. Nationalsozialistische Verbrechen an psychisch Kranken und Behinderten aus Nord- und Südtirol, in: Steininger, Rolf / Pitscheider, Sabine (Hg.), Tirol und Vorarlberg in der NS-Zeit, Innsbruck-Wien-München-Bozen 2002, S. 217-229, hier S. 224.

14 May, Johannes, Die staatliche Heilanstalt Schussenried in den Jahren 1933 bis 1945, in: Pretsch, Hermann J. u. a. (Hg.), „Euthanasie“. Krankenmorde in Südwestdeutschland, Zwiefalten 1996, S. 74-83.

15 Vgl. Karlegger, Selma, Südtiroler Kinder und Jugendliche als Opfer der „NS-Euthanasie“, Diplomarbeit, Innsbruck 2006. Vgl. auch: http://www.zeitschatten.info/lebensgeschichten.html, eingesehen am 27.2.2011.

16 Vgl. Pantozzi, Giuseppe, Die brennende Frage. Geschichte der Psychiatrie in den Gebieten von Bozen und Trient (1830–1942), Bozen 1989.

17 Siehe http://www.schloss-hartheim.at.

18 Vgl. Seifert, Oliver, „Sterben hätte sie auch hier können“. Die „Euthanasie“-Transporte aus der Heil- und Pflegeanstalt Hall in Tirol nach Hartheim und Niedernhart, in: Kepplinger, Brigitte / Marckhgott, Gerhart / Reese Hartmut (Hg.), Tötungsanstalt Hartheim (=Oberösterreich in der Zeit des Nationalsozialismus 3), Linz 2008 (2. erw. Aufl.); Seifert, Oliver, „… daß alle durch uns geholten Patienten als gestorben zu behandeln sind ...“. Die „Euthanasie“-Transporte aus der Heil- und Pflegeanstalt für Geistes- und Nervenkranke in Hall in Tirol, in: Sommerauer, Andrea / Wassermann, Franz (Hg.), Temporäres Denkmal. Im Gedenken an 360 Opfer der NS-Euthanasie. PatientInnen des heutigen Psychiatrischen Krankenhauses Hall i. T., Innsbruck 2007, S. 29-77.

19 Vgl. dazu die Presseberichte: Tiroler Tageszeitung vom 21. 6., 23.6. und 26.6.2011; Dolomiten vom 21.6.2011; Kurier vom 21.6.2011; Salzburger Nachrichten vom 21.6.2011 und andere Medienberichte; vgl. auch den Beitrag von Oliver Seifert in diesem Band.

20 Die [un]sichtbare Arbeit. Psychiatrische Pflege im historischen Tirol von 1830 bis zur Gegenwart, Filmdokument, Innsbruck 2011.

21 Bereits 1969 hatten studentische Gruppen die Anstalt in Parma für 35 Tage besetzt. Es folgte die Gründung mehrerer Vereinigungen („psichiatria democratica“ 1973 in Bologna und „associazione per la lotta alle malattie mentali“), die sich gegen die Behandlung psychisch Kranker in den italienischen „Irrenhäusern“ richteten, die als Mittel staatlicher Repression gesehen wurden. Auch die linksgerichteten (Bürgerrechts-)Parteien („partito comunista italiano“ und „partito radicale italiano“) forderten nach ihren Wahlerfolgen (1975/76) eine umfassende Umgestaltung der psychiatrischen Versorgung. Vgl. Härle, Jürgen, Die demokratische Psychiatrie in Italien. Modell und Utopie, München 1988, S. 82 und S. 91.

22 Basaglia, Franco, La distruzione dell’ospedale psichiatrico come luogo d’istituzionalizzazione, Vortrag gehalten am International Congress of Social Psychiatry in London 1964, in: Toresini, Lorenzo / Mezzina, Roberto (editors / a cura di), Beyond the walls / Oltri i muri. Deinstitutionalisation in European best practices in mental health / La deistituzionalizzazione nelle migliori pratiche europee di salute mentale, Merano 2010, S. 37-49, hier S. 39.

23 Seit 2008 verbietet ein italienisches Gesetz auch den Betrieb geschlossener Forensiken, der so genannten „Ospedali Psichiatrici Giudiziari“. Ihre PatientInnen werden in regionale Strukturen integriert.

24 Dellantonio, Elio, Die Lage der Psychiatrie in Südtirol, in: Skolast. Zeitschrift der Südtiroler Hochschülerschaft 34 (1989), Nr. 3, S. 24.

25 Toresini, Lorenzo, Vorwort, in: Toresini / Mezzina, Beyond the walls / Oltri i muri, S. 10-13, hier S. 11.

26 Siehe dazu das Interview mit Martin Achmüller in diesem Band.

27 Vgl. APIS – Zeitschrift für Politik, Ethik, Wissenschaft und Kultur im Gesundheitswesen 2 (1993), S. 7.

28 Vgl. den Artikel von Pycha, Roger, „Psychiatrie: über den schwierigen Aufholprozess Südtirols nach der beschämenden Abschiebung der Kranken nach Hall und Pergine – oder in die Euthanasie Nazideutschlands“, in: FF – Südtiroler Wochenmagazin – Nr. 41, 08.10.2009, S. 34f.

29 Demonstrationen und Initiativen fanden auf der Baumgartner Höhe, in Graz, Linz und Hall in Tirol statt.

30 Vgl. Weiss, Hans, „Tagebuch eines Irrenwärters“ samt Kommentar, in: profil, Nr. 22 vom 25. Mai 1976, S. 30–35. Vgl. weiter: Schallhas, Markus, Antipsychiatrie und Psychiatriekritik in Österreich, S. 26-27, auf: http://www.eop.at/datenbank/personen/mschallhas/Psychiatrie, eingesehen am 12.11.2008.

31 Vgl. Schallhas, Antipsychiatrie und Psychiatriekritik, S. 26.

32 Vgl. Hack, Christina Maria, Psychiatriereform: Die Grenzen der Freiheit, in: CliniCum psy 4/2004, auf: http://www.medical-tribune.at/dynasite.cfm?dsmid=60797&dspaid= 437012, eingesehen am 27.2.2011.

33 Vgl. Amt der Tiroler Landesregierung, Tiroler Psychiatriereform 1995-2005, Innsbruck 2005.



Abb. 12: Psicosonnanbula, Bruno Caruso (ohne Datum)

Elisabeth Dietrich-Daum / Maria Heidegger

Menschen in Institutionen der Psychiatrie

Vorbemerkung

Die jeweilige historische Ausgestaltung einer *„psychiatrischen Landschaft"* war und ist ausschlaggebend dafür, wohin sich Menschen mit psychischen Problemen wenden können bzw. wohin diese verbracht werden. Sie legt im Zusammenspiel mit Werthaltungen und Normen auch den Status bzw. die Rolle der PatientInnen fest und bestimmt ihre jeweiligen Handlungsspielräume. Ob Menschen mit psychischen Problemen bzw. Erkrankungen als schutzbedürftige und solidarisch zu unterstützende MitbürgerInnen angesehen werden oder als marginalisierte und kontrollbedürftige Randgruppe ist entscheidend für das Ausmaß von Fürsorglichkeit und Schutz oder Diskriminierung, Stigmatisierung und Reglementierung, das ihnen zu Teil wird. Ethisch-soziale Positionen und die Art und Weise, wie Versorgung medizinisch, rechtlich und politisch organisiert wird, legen aber auch gleichermaßen fest, wie die Rollen der ÄrztInnen, der PflegerInnen, der TherapeutInnen und der SozialarbeiterInnen gestaltet sind. Und diese Faktoren bestimmen auch, welche Befugnisse VertreterInnen staatlicher Instanzen (Amts- oder GerichtsärztInnen[1], Polizei, Gerichte), die Vorstände von Orten der Verwahrung (Gefängnisse, Hospitäler, Ordensgemeinschaften, Heime) oder die Verantwortlichen in extramuralen Einrichtungen innehaben. Auch die Rolle der Angehörigen und ihre Rechte und Pflichten sind vom jeweiligen *„Wohlfahrtsregime"* sowie der Ausgestaltung von Bürgerrechten und Fürsorgepflichten abhängig. Mit den vielfachen Veränderungen der historischen Rahmenbedingungen der psychiatrischen Versorgung ist also zwangsläufig ein Wandel der Rollen der AkteurInnen verbunden. Psychiatrische Praktiken, Räume und Beziehungen sind historisch spezifisch, sie präsentieren sich heute völlig anders als vor 150 Jahren.



Abb. 13: Patientinnen der Heil- und Pflegeanstalt Hall mit Barmherzigen Schwestern beim Reinigen von Wolle (frühes 20. Jahrhundert)

Unabhängig aber von der historischen Veränderlichkeit der Rollen der handelnden Subjekte agieren die verschiedenen Personengruppen immer in einem Beziehungssystem, das sie vorfinden und mitgestalten. Immer haben wir es mit Menschen zu tun, die in Beziehung zueinander treten oder stehen – ob freiwillig oder erzwungen. In der Geschichte der Psychiatrie sind diese Beziehungen, auch wenn sie zuweilen auf den ersten Blick als reine „Fürsorge-Beziehungen“ erscheinen, in der Regel zeitlich begrenzte oder andauernde „Zwangsbeziehungen“, in welchen das soziale Gefälle zwischen den AkteurInnen zu asymmetrischen Abhängigkeits- und Machtbeziehungen führen. Innerhalb eines solchen psychiatrischen Beziehungssystems stellen PatientInnen die bei weitem größte Gruppe dar. Dies ist aber nicht der einzige, auch nicht der wichtigste Grund dafür, weshalb sie in diesem Beitrag im Zentrum stehen. Die Sicht auf die PatientInnen soll vielmehr gerade jene Personengruppe in den Vordergrund rücken, die zwangsläufig und am unmittelbarsten – psychisch, physisch und sozial – ja existenziell vom Handeln Anderer abhängig ist. Denn „informierte“ PatientInnen, die gemeinsam mit medizinischem und pflegerischem Fachpersonal trialogisch über geeignete Therapien beraten, kennt die Psychiatriegeschichte erst seit wenigen Jahren. Mit Bezug auf

die Situation der PatientInnen wird an zweiter Stelle die Geschichte des Pflegepersonals und schließlich die Gruppe der ÄrztInnen thematisiert. Die Geschichte des Verwaltungspersonals in Orten der Verwahrung allgemein, in psychiatrischen Institutionen im Besonderen, ihre Aktions- und Entscheidungsmöglichkeiten im Kontext wechselnder Machtverhältnisse und ökonomischer Rahmenbedingungen, ist zu wenig erforscht. Diese Geschichte steht noch im Schatten einer traditionellen Medizin- und Psychiatriegeschichtsschreibung, deren Fokus in der Regel auf die Ärzte und deren Konzepte gerichtet ist. So wissen wir beispielsweise über den gebürtigen Wiener Vinzenz Sackl, zuvor Protokollist am Wiener Allgemeinen Krankenhaus, dass er 31 Jahre lang – von der Gründung der *„Irrenanstalt“* Hall 1830 bis 1861 – als Verwalter angestellt war und bei seinem Tod eine Stiftung für arme, aus der Anstalt als *„geheilt“* entlassene PatientInnen hinterließ, doch darüber hinaus nicht viel mehr.[2] Die weiteren AkteurInnen des skizzierten psychiatrischen Beziehungssystems, Verwaltungsangestellte, Seelsorger[3], SozialarbeiterInnen, TherapeutInnen, LogopädInnen, medizinisch-technisches Personal, aber auch Handwerker und Arbeiter können nicht gleichermaßen berücksichtigt werden, zum Teil kommen sie in den verschiedenen Beiträgen dieses Bandes zu Wort.

Der Weg in die Anstalt: Einweisung und Zwangsanhaltung

Ein *Patient* ist im Wortsinne ein Leidender. Psychiatrie*patientInnen* sind im Unterschied zu psychisch kranken Individuen – in den historischen Quellen als *„Irre“*, *„Geisteskranke“*, *„Verrückte“*, *„Wahnsinnige“* oder *„Narren“* bezeichnet – Personen, die medizinisch-therapeutisch behandelt werden[4] und damit bestimmten Regelwerken (Diäten, Therapien, Hausordnung, Tagesablauf) bzw. medizinischen Institutionen unterworfen sind. Mit dem Eintreten der Kranken in eine stationäre Behandlung verändert sich ihr Status damit grundlegend.[5] Sie finden sich in einem Abhängigkeitsverhältnis wieder und erfahren gravierende Einschnitte ihrer persönlichen Autonomie.

Auszug aus einer nach psychopädagogischen Behandlungskonzepten der frühen Anstaltspsychiatrie 1835 konzipierten Tagesordnung für die „Provinzial-Irrenanstalt“ Hall:

Vormittage:

Sonntag	5.00 bis 6.30	Aufstehen, Morgengebet, Aufbetten, Putzen
	6.00 bis 7.30	Bewegung im Freien
	7.30 bis 8.00	Frühstück im Speisesaal
	8.00 bis 8.30	Heilige Messe
	8.30 bis 10.00	Ärztliche Ordination
	11.00 bis 11.30	Mittagessen im Speisesaal
Montag	5.00 bis 10.00	Aufstehen, Morgengebet, Aufbetten, Putzen
	10.00 bis 10.45	Religionsunterricht für Deutsche
Dienstag	wie am Montag	
	10.00 bis 10.45	Schreibschule und Baden, danach Mittagessen
Mittwoch	wie am Montag	
Donnerstag	10.00 bis 10.45	Leseübungen und Baden
Freitag	10.00 bis 10.45	Religionsunterricht für Italiener
Samstag	10.00 bis 10.45	Reinigung der Lokalien
	11.00 bis 11.30	Mittagessen auf dem Zimmer

Nachmittage:

Sonntag	13.30 bis 14.00	Rosenkranzandacht
	14.45 bis 16.00	Singschule
	17.30 bis 18.00	Abendessen im Speisesaal
	18.30 bis 20.30	Bewegung im Freien, Blumengießen, Spiele
Montag	13.00 bis 14.30	Schneider-, Schuster- und Tischlerarbeiten
	14.30 bis 15.30	Singschule und Religionsunterricht für die weiblichen „Irren“
	15.30 bis 16.00	Rosenkranzandacht
	16.00 bis 17.30	Gartenarbeiten
	17.30 bis 18.00	Abendessen
	18.30 bis 20.30	Bewegung im Freien, Blumengießen, Spiele
Dienstag	14.30 bis 16.00	Singschule
Donnerstag	wie am Dienstag	
Freitag	14.30 bis 15.30	Reinigung der Lokalien und Religionsunte-richt für Italienerinnen
Samstag	14.30 bis 16.00	Reinigung der Lokalien

Quelle: Bibliothek des Tiroler Landesmuseums Ferdinandeum, Erzh. Johann Tirolensien, 1703–1854, FB 2076 Nr. 157, Verschiedene Ausweise über die Prov. Irrenanstalt zu Hall 1835.

Hinzu kommt, dass die Anstaltspsychiatrie seit ihrer Entstehung eine doppelte Funktion zu erfüllen hatte. Die *„Irren"*, so lautet seit dem ausgehenden 18. Jahrhundert die Prämisse, sind kranke Menschen, die ärztlicher Hilfe bedürfen. Die *„Irrenanstalt"* in Hall war ihren Statuten zufolge 1830 primär für die *„heilbaren"*, jedoch auch für die *„gefährlichen"* und nicht-heilbaren *„Irren"* gegründet worden. Gleichzeitig diente die Anstaltspsychiatrie von Anfang an auch der Verwahrung jener, die nicht heilbar sind und keinen Platz in der Gesellschaft haben. Menschen in Institutionen der Psychiatrie erfuhren unterschiedliche, sich ergänzende aber auch sich gegenseitig ausschließende therapeutische, disziplinierende, verwahrende und pflegerische Praktiken. Diese Praktiken wie überhaupt das psychiatrische Beziehungssystem gestalteten sich unterschiedlich, auch abhängig von der Größe und den Zahlenverhältnissen *„Insassen"* – Personal. Die 1830 gegründete Haller Anstalt war nur für insgesamt 80 Männer und Frauen konzipiert und konnte erst ab 1845 100 *„Irre"* aufnehmen, 1860 durchschnittlich 110 und erst nach Erweiterungen 1868 und 1889 250 bzw. 300 Personen.[6] Im 19. Jahrhundert wurden sowohl in Hall als auch in Pergine durchgehend mehr Männer als Frauen als PatientInnen aufgenommen und dies weil, so erklärte Anstaltsdirektor Josef Stolz 1869 diesen Umstand, weibliche *„Geisteskranke"* in den verschiedenen Spitälern Tirols leichter Aufnahme finden würden, *„während die Männer überall abgewiesen werden."*[7]

Mit der Einweisung in eine psychiatrische Klinik oder Anstalt war in der Regel ein Prozedere verbunden, das die persönliche Freiheit der PatientInnen massiv verletzte: ohne Zustimmung des bzw. der Kranken konnte mittels einer *„Entscheidung des Kurators, des Pflegschaftsgerichts […] von Verwaltungsbehörden bzw. der Anstaltsdirektion"*[8] nach vorausgegangener Anzeige entweder der Polizei, der Familienangehörigen, der Gemeinde oder des Vorstehers einer so genannten Wohltätigkeitseinrichtung (Heim, Spital oder Krankenhaus) eine Zwangseinweisung erwirkt werden (wobei Angehörige teilweise lange auf einen freien Platz warten mussten).[9] Diese Einweisung galt dann als rechtskonform, wenn der oder die Betroffene *„geisteskrank"* war, was nach § 273 des ABGB von 1811 durch ein obligatorisches amts-, gemeinde- oder gerichtsärztliches Gutachten, dem so genannten *„Parere"*, bestätigt werden musste. Andere Vorschriften waren nicht zu beachten. Über die letztendliche Aufnahme und die Dauer der zwangsweisen Anhaltung entschied allein der Anstaltsleiter. Angehörige konnten nur gegen Vorlage eines Sicherheitsrevers die PatientInnen nach Hause holen, sofern der Anstaltsleiter deren *„Harmlosigkeit"*[10] attestiert hatte. Diese über hundert Jahre

lang geltenden Bestimmungen wurden angesichts der stark angestiegenen Unterbringungszahlen an der Wende zum 20. Jahrhundert auch in Österreich, das in der Ausgestaltung des *„Irrenrechts"* besonders rückständig war,[11] reformiert und zwar durch die Bestimmungen der *„Entmündigungsordnung"* (Kaiserliche Verordnung vom 28. Juni 1916 über die Entmündigung, RGBl. Nr. 207). Diese sah erstmalig eine obligatorische gerichtliche Kontrolle der Zwangseinweisung in öffentlichen und privaten Anstalten vor, wobei das Gericht binnen einer dreiwöchigen Frist über die Zulässigkeit der Aufnahme entscheiden musste und gegebenenfalls auch eine Entlassung verfügen konnte. PatientInnen erhielten nunmehr ein Anhörungsrecht und die Möglichkeit des Rekurses. War die Rechtmäßigkeit der Zwangsaufnahme aber gerichtlich bestätigt, konnten sie bis zu einem Jahr angehalten werden, Schutzbestimmungen vor gewaltförmigen Übergriffen oder anderen freiheitsbeschränkenden Maßnahmen (Fixieren, Einsperren, invasiven Behandlungsverfahren) bestanden nicht. Einmal zulässigerweise aufgenommen, waren *„InsassInnen"* psychiatrischer Anstalten bis in die Zweite Republik völlig rechtlos. Während der NS-Zeit führten die Bestimmungen des deutschen Fürsorgerechts wiederum zu einer Verschlechterung der rechtlichen Situation und zwar insofern, als eine zeitliche Befristung der Anhaltung entfiel und Verlegungen von PatientInnen – nicht zuletzt in die Tötungsanstalten – ohne Zustimmung der Anstaltsleiter angeordnet werden konnten. Nach dem Zweiten Weltkrieg wurden die Bestimmungen der Entmündigungsordnung des Jahres 1916 beibehalten, trotz der Erfahrungen mit der NS-Psychiatrie, eklatanter Versorgungsmängel, des hohen Ausmaßes an Zwang und trotz der kritisierten „Verwahrfunktion" der Psychiatrie. Erst im Rahmen der seit den 1970er Jahren europaweit artikulierten Psychiatriekritik und der mit dieser entwickelten Sensibilisierung hinsichtlich der Frage der Rechtsstaatlichkeit der Anhaltepraxis der Anstaltspsychiatrie wurde die Reformbedürftigkeit des Entmündigungsrechts erkannt. Der Reformdruck mündete nach einem langwierigen Gesetzgebungsprozess im so genannten *„Unterbringungsgesetz"* (UbG) vom 1. März 1990 (BGBl. 155/1990), das mit 1. Jänner 1991 in Kraft trat.[12] Geistige Behinderung[13] sowie psychiatrische Behandlungsbedürftigkeit (ausgenommen befürchtete Selbst- bzw. Fremdgefährdungen) sind seit dem UbG kein Grund mehr für Zwangseinweisungen. Auch sind verschiedene Rechtsschutzmaßnahmen für PatientInnen während ihrer Unterbringung einzuhalten, für die Vornahme von *„Zwangsbehandlungen"*[14] werden definierte Bedingungen vorausgesetzt. Die Einhaltung der neuen Bestimmungen wird seither durch eine professionelle, obligatorische und für die PatientInnen kostenlose

Einrichtung, der Patientenanwaltschaft, überwacht. Die beabsichtigte Senkung der Unterbringungsrate konnte das UbG aber nicht bewirken, vielmehr hat sich diese seit Inkrafttreten des UbG mehr als verdoppelt, sodass Österreich wieder im europäischen Spitzenfeld liegt.[15]

Auch nach italienischem Recht (*„Gesetz über die Irrenhäuser"* Nr. 36 aus dem Jahr 1904) war mit der zwangsweisen Aufnahme in eine psychiatrische Anstalt automatisch der Verlust der bürgerlichen Rechte, darüber hinaus auch die Eintragung in das Strafregister und häufig die Entmündigung der Person verbunden. Diese Bestimmungen wurden mittels königlichen Dekrets aus dem Jahr 1929 auch für die PatientInnen der Anstalt in Pergine wirksam und behielten bis zur italienischen Psychiatriereform 1978 *(„Basaglia"*- Gesetz Nr. 180) ihre Gültigkeit.

In einer 1842 publizierten Anstaltsbeschreibung wird das typische Prozedere nach der Aufnahme der PatientInnen an der *„k. k. Provinzial-Irrenanstalt zu Hall in Tirol"* vom damaligen Direktor Dr. Johann Tschallener beschrieben. Entsprechend der geltenden *„Dienstinstruktion"* wurden die PatientInnen einem für sie zuständigen *„Wärter"* oder einer *„Wärterin"* übergeben, gewaschen und mit *„frischen, entweder eigenen oder Anstaltskleidern versehen und in die geeignete Diätklasse versetzt."*[16] Nur zahlende Erste-Klasse-PatientInnen hatten Anspruch auf eine eigene *„Wartperson"*, ein Einzelzimmer und bessere Kost. Die überwiegende Mehrzahl der Patienten und vor allem der Patientinnen war aber auf Grund ihrer Armut zahlungsunfähig und wurde *„gratis"* in der dritten Klasse untergebracht. Dies bedeutete meist eine Unterbringung in einem Mehrbettzimmer oder in einem Schlafsaal sowie bescheidene Zuwendung und Kost. Konkret hieß dies im Jahre 1847 für jemanden, der nach der dritten Klasse oder unentgeltlich verpflegt wurde und eine *„Drittelportion"* erhielt: Eine Portion Fleischbrühe zum Frühstück, zu Mittag eine Portion so genanntes *„Trinkpanatel"* aus Rindsuppe (Suppe mit Broteinlage), nachmittags erneut Fleischbrühe und abends wiederum Rindsuppe mit Broteinlage. Dagegen wurde in der erste Klasse nach der Portionsgattung *„ganze Portion"* zum Mittagessen unter anderem *„eine Portion eingekochte Rindsuppe, 8 Loth gekochtes Rindfleisch mit rothen Rüben, Senf, Essigkren oder Gurken, dann Gemüse oder Obstspeise, 8 Loth Kalb oder Lammbraten mit Salat in Essig und Öhl oder 8 Loth eingemachtes Kalb oder Lammfleisch, dann Mehl oder andere Fastenspeisen"* aufgetragen.[17] Klagen der PatientInnen über Hunger sind nicht nur für die Zeit des Ersten Weltkrieges belegt, Ernährung war außerdem ein hochwirksames Mittel zur Disziplinierung.

Für die Anstalt stellten die Verpflegstaxen die wichtigsten Einkünfte dar, die der Verwaltung zur Bestreitung sämtlicher Ausgaben zur Verfügung standen, einschließlich der Pensionen und Provisionen für pensionierte Anstaltsbedienstete und deren Witwen und Waisen, Leistungen, die erst kurz vor der Jahrhundertwende von der Tiroler Landeskasse übernommen wurden.[18]

Für beide psychiatrischen Anstalten ist überliefert, dass Anstaltskleidung angefertigt und ausgegeben wurde, doch dürfte das Tragen der Einheitskleidung sich auch aus Einsparungsgründen wohl auf jene PatientInnen beschränkt haben, die selbst keine geeignete Kleidung mitbrachten oder deren Bekleidung in einem schlechten Zustand war. Anders war die Situation in der psychiatrischen Klinik, wo die PatientInnen aus Gründen der Kennzeichnung – so Frau Hafner in ihrem Interview – bis 1976 gestreifte Klinikbekleidung tragen mussten.[19]

„An die k. k. Kreisämter von Roveredo, Trient und Botzen.
Es hat sich gezeigt, daß alle bisher von Südtyrol in die Provinzial Irrenanstalt zu Hall aufgenommenen armen Geistes-Kranken sehr erbärmlich gekleidet, ja nur mit Lumpen bedeckt, und mit sehr schlechten Schuhen versehen angekommen sind, so daß sie alsogleich mit der Hauskleidung bekleidet werden mussten. Da die Anstalt, dem höchsten Orts genehmigten Organisationsplan gemäß zwar die unentgeldliche Verpflegung der armen Irren übernimmt, diese armen Irren nach erfolgter Heilung oder Besserung mit der Hauskleidung zu entlassen, was, wenn sie unbrauchbare Kleidung und Fußbedeckung mitbringen geschehen müßte; so hat das Kreisamt die Landgerichte anzuweisen, gehörig Sorge zu tragen, daß die zur Ablieferung in die Provinzial Irrenanstalt bestimmten armen Geistes-Kranken vorläufig mit guter Leibwäsche, Fuß-Kopf Bedeckung und Leibbekleidung um so mehr versehen werden, als den betreffenden Gemeinden dadurch eine sehr große Wohlthat zu Theil wird, daß ihre armen Irren in der Anstalt unentgeldlich verpflegt und ärztlich behandelt werden. […]
Innsbruck am 25. Februar 1831."

Quelle: Historisches Archiv, Landeskrankenhaus Hall: Verwaltungsakten 1831. Abschrift der Weisung der obersten Sanitätsbehörde im Landesgubernium an die südlichen Kreisämter Rovereto, Trient und Bozen, Nr. 4188/472 vom 25. Februar 1831.

In der Anstaltsroutine des 19. Jahrhunderts nahmen der Anstaltsleiter und der Sekundararzt eine Erstuntersuchung vor, deren Ergebnis vom Sekundararzt in die Krankengeschichte eingetragen wurde. Aus diesen Eintragungen wissen wir, dass

ein Großteil der Aufgenommenen aus sehr armen Verhältnissen kam und neben den psychischen Problemen verschiedene körperliche Gebrechen aufwies: Tuberkulose, rachitische Folgeerkrankungen, Hautkrankheiten und Pellagra, letztere eine Folge der einseitigen Ernährung im Trentino. Die historischen Krankenakten verdeutlichen für das 19. Jahrhundert drastisch, dass viele der Aufgenommenen, besonders jene ohne Familienanschluss, körperlich verwahrlost, zum Teil misshandelt und ausgehungert in den Anstalten ankamen und zuerst *„aufgepäppelt"* werden mussten. Die soziale Ordnungsfunktion der Anstalten im 19. Jahrhundert wird hier besonders deutlich.

Therapeutische Perspektiven in der Tiroler Psychiatriegeschichte

Ende des 18. Jahrhunderts entwickelte sich die Idee der Heilbarkeit des *„Wahnsinns"*, nunmehr weder göttliche Strafe noch Schicksal, sondern als Krankheit aufgefasst – und im Zusammenhang damit die moderne, klinische Psychiatrie. Zu ihrem Selbstverständnis als Institution der Heilung gehörte die *„moralische"* pädagogische Behandlung durch Ermahnung und Belehrung, Zwang und Ordnung, Zerstreuung und Arbeit mit dem Ziel der (Re-)Integration. Daneben kamen noch lange althergebrachte medizinische Verfahren zum Einsatz: Diäten, Abführmittel, Aderlass und pflanzliche Drogen wie Digitalis oder Opium. Die PatientInnen erfuhren diese Behandlung in einer programmatisch als „familienähnlich" definierten Atmosphäre, der absoluten Autorität des Arztes unterworfen. Nach 1850 verbreitete sich ausgehend von England das so genannte *„Non-Restraint System"*. Dieses Behandlungskonzept verzichtete weitgehend auf *„mechanischen Zwang"*, auf Fixieren und Einsperren. In Hall wurde dieses Konzept vergleichsweise früh von Direktor Josef Stolz durchgesetzt. Zugleich wurde die Psychiatrie im gesamten deutschsprachigen Raum als naturwissenschaftliches, medizinisches Fach professionalisiert. Mit dem Beginn der Universitätspsychiatrie (in Tirol 1891) wurde die Therapie verstärkt mit Forschung und Lehre verbunden. Wie die Anstaltspsychiatrie war die Behandlung an der Klinik mit ihren psychiatrischen Abteilungen abhängig von einem sozialen Klassensystem, einer Außen- und Binnendifferenzierung. Wer es sich um 1900 leisten konnte, wie etwa Angehörige der bürgerlichen Mittel- und Oberschicht, zogen der Anstaltsobsorge das privat geführte Sanatorium für Nervenkranke und der öffentlichen Klinik das Privatkrankenhaus vor. Das gilt auch für die Innsbrucker *„Psychiatrisch-Neurologische*

Klinik" der Gründerzeit. Auch an der Klinik entstammten die meisten PatientInnen den unteren sozialen Schichten. Um 1900 waren sie kleine Handwerker, Kleinstbauern und -bäuerinnen, ArbeiterInnen, Tagelöhner und Dienstbotinnen. Unter den Eingewiesenen fanden sich aber auch LehrerInnen, Klosterfrauen und Priester, BahnweichenwärterInnen, Handelsvertreter und Prostituierte.[20]

Um 1900 setzte sich an den psychiatrischen Anstalten die mehrwöchige *„Bettbehandlung"* durch, ein Behandlungskonzept, das diese Institutionen den „normalen" Krankenhäusern und Kliniken ähnlicher erscheinen ließ. In den Jahren von 1905 bis 1911 wurden in Hall jeweils zwischen 180 und 200 PatientInnen *„zu Bett gehalten"*, wobei gleichzeitig Beruhigungs- und Schlafmittel zur Anwendung kamen.

„Durch die ausgedehnte Bettenbehandlung des Kranken gewinnt das Krankenhaus, in welchem jeder, gerade den Irren so lästige Zwang vermieden ist; der im Bett Behandelte ist sich weniger seiner Freiheitsbeschränkung bewußt, als der mit einer Zwangsjacke versehene Irre, der in einer finstern dumpfigen Zelle eingeschlossen ist. Der Wärter wirkt auf den zu Bette Liegenden viel leichter ein und der Kranke gewinnt auf diese Weise mehr und mehr die Überzeugung, daß er in dem Wärter und dem Arzte nicht einen Tyrannen und Gefängniswärter, sondern seinen Freund und Wohltäter zu erblicken habe, der Heilung bringt."

Quelle: Ausschnitt aus der Ansprache des Baron Paul von Sternbach (Mitglied des Tiroler Landesausschusses 1902-1914) vor dem Landtag 1903, zit. in: Pantozzi, Die brennende Frage, S. 229.

Unruhige PatientInnen erhielten bis in die 1940er Jahre auch stundenlange Bäder im lauwarmen Wasser oder in kalt-heißen Wechselbädern, die ihre Erregtheit dämpfen sollten. Von dieser so genannten *„Dauerbadbehandlung"* in krankenhaus- und kurähnlicher Atmosphäre erwarteten sich die Psychiater Kontrolle und Disziplinierung der PatientInnen.[21] Denn als Beruhigungsmittel standen nur chemische Substanzen – Bromide ab 1850, Chloralhydrat ab 1870 und Barbiturate ab 1903[22] – zur Verfügung. Zu dieser Zeit erhielt auch die *„Arbeitstherapie"*, die schon das frühe 19. Jahrhundert kannte, einen neuen Stellenwert – nunmehr allerdings mit einem rigiden Anpassungsdruck verbunden und mit ökonomischen Erwägungen verknüpft.

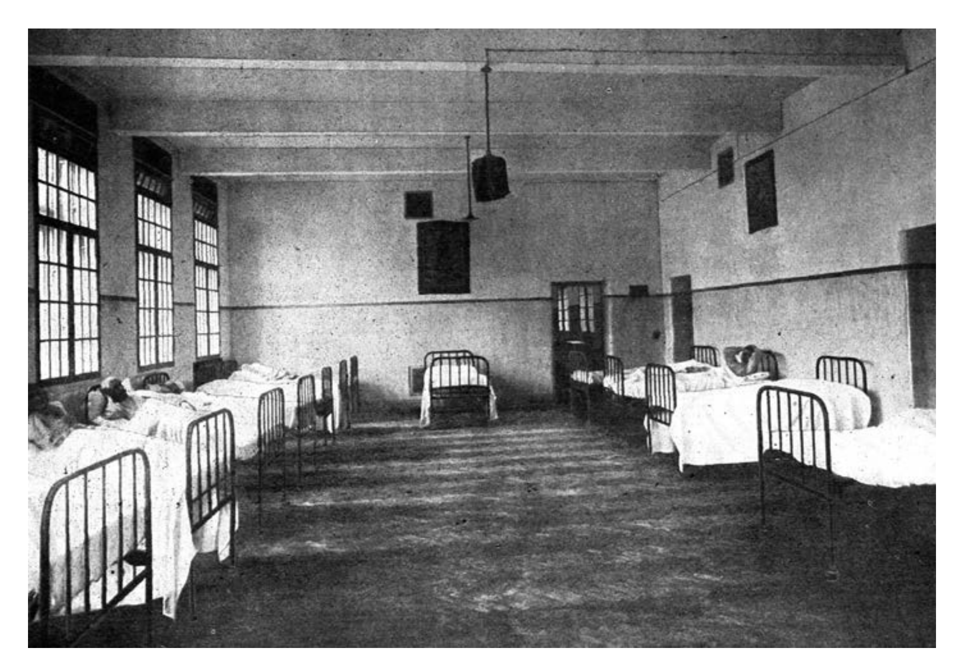


Abb. 14: Wachsaal Landesirrenanstalt Pergine (um 1910)



Abb. 15: Patienten der Heil- und Pflegeanstalt Hall beim Schnee schaufeln (ca. 1930)



Abb. 16: Patientinnen unter Aufsicht einer Ordensschwester beim Wäsche waschen im Ospedale Ricovero Romani in Nomi (ca. 1935)



Abb. 17: Küche und Personal der Landesirrenanstalt in Hall (um 1910)

„Diese Arbeit, welche sich stets unter Aufsicht von Wärtern, sogenannten Professionistenwärtern, vollzieht, hat aber noch einen anderen Zweck. Die Arbeit, welche, wie gesagt, grundsätzlich im Freien vor sich gehen soll, wird dazu verwendet, den Anstaltsbetrieb zu verbilligen. […] Früher haben wir in Hall und Pergine die Irren, damit wir eben diesen therapeutischen Behelf anwenden können, den umliegenden Ökonomen [Bauern, Anm. der Verf.], ich möchte sagen, zur Arbeit geliehen."

Quelle: Ausschnitt aus der Ansprache des Baron Paul von Sternbach vor dem Landtag 1903, zit. in: Pantozzi, Die brennende Frage, S. 231.

In der Zwischenkriegszeit wurden invasive Schocktherapien wie die *„Insulinkur"* (ab 1927) oder das *„Elektrokrampfverfahren"* (ab 1938) zur Auslösung künstlicher Krampfanfälle entwickelt, auch die *„Malariatherapie"* (ab 1929) diente diesem Zweck. Anstaltsleiter Georg Eisath führte zwischen 1921 und 1925 zahlreiche Malaria- und Cardiazolexperimente an den PatientInnen in Hall durch. Ein Behandlungszyklus konnte beim *„Elektrokrampfverfahren"* noch in den 1950er Jahren bis zu 15 Anwendungen beinhalten. Über drei Jahrzehnte lang dominierten diese schweren Eingriffe insbesondere die Schizophreniebehandlung. Körperbezogene Behandlungsmethoden betrafen mehr PatientInnen als je zuvor. Im Namen der Therapie und Heilung wurden zum Teil schwerwiegende Risiken eingegangen, Zweiterkrankungen und Behinderungen in Kauf genommen. Rudolf Forster stellte unter anderem mit Blick auf die Psychochirurgie fest, dass psychiatrische PatientInnen stets eine besondere Risikogruppe waren, wenn es um die Anwendung radikaler, unnützer und oftmals gefährlicher Interventionen mit angeblich wundersamen heilenden Eigenschaften ging.[23]

Im Nationalsozialismus blieben als Folge einer Eskalation der Funktionen *„Heilen und Verwahren"* zu *„Heilen und Vernichten"* therapeutische Interventionen nur noch den als heilbar klassifizierten PatientInnen vorbehalten.[24] Die *„Unheilbaren"* und *„Unproduktiven"* sollten hingegen ermordet werden. Mindestens 216.000 Menschen wurden im Deutschen Reich im Rahmen der NS-„Euthanasie" umgebracht, für den Gau Tirol-Vorarlberg sind 707 Opfer nachweisbar. Sie wurden entweder in der Tötungsanstalt Hartheim bei Linz oder in der Heil- und Pflegeanstalt Niedernhart bei Linz ermordet. Vor allem auf Druck der Kirche wurde die *„Aktion T4"* im August 1941 eingestellt, allerdings im Rahmen der so genannten *„wilden"* oder dezentralen „Euthanasie" weiter gemordet. Mangelversorgung,

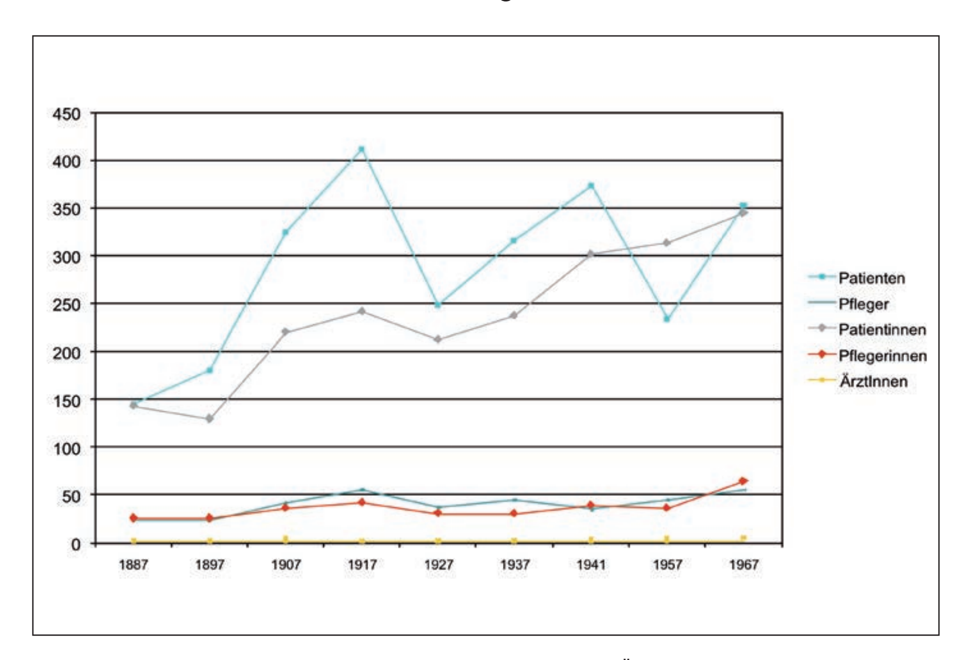
verordneter Hunger und hohe Medikamentendosierungen wurden gezielt eingesetzt, um PatientInnen zu töten oder, wie es im NS-Jargon hieß, die Anstalten zu *„entleeren“*.

In den 1950er Jahren beginnt das Zeitalter der Psychopharmaka.[25] Die Gabe von Neuroleptika setzte sich auch im Bundesland Tirol der späten 1950er Jahre unter Anstaltsleiter Dr. Helmut Scharfetter rasch durch, die „Euphorie über die pharmakologische Revolution”, vor allem aber personelle und ökonomische Engpässe förderten die große Zahl hoch dosierter Verordnungen, mitunter auch als Beruhigungs- und Disziplinierungsmittel. Diese „chemische Zwangsjacke“ wurde in der psychiatriekritischen Bewegung der 1960er und 1970er Jahre energisch kritisiert. Neben der Frage der Zwangseinweisung beklagten die reformerischen bzw. psychiatriekritischen Bewegungen besonders die temporären oder manifesten disziplinierenden Behandlungsmethoden und die den psychiatrischen Institutionen immanenten gewaltförmigen Strukturen. Tatsächlich konnten sich PatientInnen gegen angeordnete medikamentöse oder andere therapeutische „Behandlungen“ nicht zur Wehr setzen, erst das vor wenigen Jahren erlassene *„Patientenverfügungsgesetz“* (2006) änderte diese Situation in Österreich grundlegend.

Psychiatrische Pflege in Tirol

Die Geschichte des Wartpersonals ist zunächst eine Geschichte der „kleinen Leute“, eine Geschichte der Angehörigen der so genannten dienenden Schichten. Im 19. Jahrhundert handelte es sich bei der Krankenpflege um keinen bürgerlichen Beruf und schon gar nicht um einen bürgerlichen Frauenberuf. Eine einschlägige Berufsausbildung zum *„Irrenwärter“* bzw. zur *„Irrenwärterin“* gab es nicht, doch wurde in der psychiatrischen Literatur der 1840er Jahre die Frage einer entsprechenden Ausbildungseinrichtung diskutiert.[26] In Hall lehnte Direktor Tschallener eine entsprechende Schulgründung explizit ab, in der Überzeugung, dass das *„Irrenhaus“* selbst die beste Schule abgebe. Dem Anstaltsdirektor sollte allein vorbehalten bleiben, *„sich ein Wartpersonal nach seinem Kopfe heranzubilden und es auch so lange zu behalten, so lange es ihm entspricht.“*[27] Äußerungen negativer Art von Seiten der *„Irrenärzte“* über die Rohheit und Unerfahrenheit des Pflegepersonals sind in großer Zahl erhalten. Darin widerspiegeln sich aber sehr wohl auch weit verbreitete Standesvorurteile, nach denen Angehörige der unteren Schichten gern pauschal als habgierig und zanksüchtig dargestellt wurden.

1842 waren in Hall bei einem Krankenstand von 80 PatientInnen (33 Frauen und 47 Männer) acht *„Wärterinnen"* und eine *„Oberwärterin"*, elf *„Unterwärter"* und ein *„Oberwärter"* beschäftigt.[28] Es handelte sich um bezahlte Lohnwärterinnen und -wärter, die innerhalb der Anstalt oder nahe der Anstalt lebten. In ihren Händen lag die Pflege seit der Gründung der Anstalt 1830 bis weit in das letzte Drittel des 19. Jahrhunderts hinein, bis 1881 die *„Wärterinnen"* großteils durch Barmherzige Schwestern ersetzt wurden. Neben der Pflege und Überwachung der weiblichen *„Pfleglinge"* bei Tag und Nacht besorgten die 24 Barmherzigen Schwestern in Hall den wachsenden Anstaltshaushalt, insbesondere die Küche, Wäsche und die Reinigung der Anstaltszimmer. Zwar stieg mit wachsender PatientInnenzahl auch jene der angestellten PflegerInnen – in den Anfangsjahren werden 12 Wartpersonen, zu Beginn der 1840er Jahre 17 bis 19, Mitte der 1850er Jahre 23 bis 24, Mitte der 1860er Jahre 25 bis 26, Mitte der 1870er Jahre 41 bis 43 angeführt – doch kann als kennzeichnend – zumindest bis in das letzte Drittel des 20. Jahrhunderts, gelten, dass sich das Verhältnis PflegerInnen zu PatientInnen eher verschlechterte als verbesserte. Betrug dieses in Hall in den 1880er Jahren in etwa 1:7, im Ersten Weltkrieg 1:10, lag dieses in den 1930er Jahren bei 1:14, Ende der 1960er Jahre wieder bei 1:13. Vergleichswerte für Pergine und die Universitätsklinik sowie für die Zeit nach 1970 liegen noch nicht vor.



Grafik 1: Entwicklung der Zahl der PatientInnen, PflegerInnen und ÄrztInnen in Hall (1887–1967)

In der Anstaltspraxis der ersten Jahrzehnte, eingebettet in ein vorindustrielles, ländliches Umfeld, wurde das Anforderungsprofil an das Wartpersonal eindeutig von einem praktischen, handwerklichen Zugang dominiert. Ein von Direktor Tschallener 1849 aufgestellter Tugendkatalog führte konsequent Nüchternheit, Reinlichkeit, Bescheidenheit, Ordnungsliebe, Nachsicht, tadellose Sittlichkeit und vor allem unbedingte Folgsamkeit und Ergebenheit den Anordnungen der Vorgesetzten gegenüber auf.[29] Wie damals in zeitgenössischen Institutionen üblich, herrschte auch in Hall eine klare Trennung der Geschlechter vor. Wärter arbeiteten auf Männerabteilungen, Wärterinnen auf Frauenabteilungen. Zur Frage des Lohns für das männliche und weibliche Wartpersonal äußerte sich Direktor Tschallener in der *„Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie"* wie folgt:

„Käme es auf mich an, so machte ich zwischen Wärtern und Wärterinnen, gegen die Meinung Einiger, keinen Unterschied; die Wärterin hat das Nämliche zu leisten, wie der Wärter, zwischen Wärter und Wärter, zwischen Wärterin und Wärterin soll aber ein Unterschied sein; das bravere Individuum, dem man ohnedies die gefährlicheren Kranken übergiebt, soll auch besser gehalten sein."[30]



Abb. 18: Pfleger Andreas Junker in Hall (um 1930)

Das männliche Wartpersonal rekrutierte sich in der Frühzeit der Anstaltspsychiatrie vorwiegend aus Militärveteranen. Von ihnen glaubte man, dass sie an Ordnung, Reinlichkeit und Subordination gewöhnt wären, doch es ihnen in der Regel an Gefühl und an einem für eine *„Irrenanstalt"* passenden Umgang mit den Kranken fehle. Tschallener bevorzugte für das Wartpersonal daher *„wohlgesittete, gewissenhafte und schlichte Menschen aus dem niedern Stande"* [31], die zumindest lesen und schreiben können sollten. Daneben waren handwerkliche Zusatzqualifikationen gefragt – für den Betrieb

der Werkstätten, für Ausbesserungsarbeiten jeglicher Art, und vor allem – beim weiblichen Wartpersonal – für das Flicken und Nähen der Wäsche und Anstaltskleidung. In den meisten Anstalten wurden, wie auch in Hall, ledige BewerberInnen klar bevorzugt. Falls vorhanden, hatte die Familie der *„Wärtersleute"* außen zu bleiben, innerhalb der Anstaltsmauern sollte hingegen eine Art Parallelfamilie entstehen. Die Rolle des Wartpersonals sowie der Status der PatientInnen – die Aufsicht, Wartung und Pflege benötigen – kommen in folgendem Analogieschluss Tschalleners klar zum Ausdruck: *„Wie die Kindsmagd ist, so wird das ihr anvertraute kleine Kind, und nicht viel anders steht es mit dem Verhältnis des Wärters zu den Irren, unsern grossen Kindern."*[32]

In Pergine, 1882 eröffnet, wurden von Beginn an geistliche Schwestern, die *„Schwestern der Göttlichen Vorsehung"* mit Sitz in Görz (gegründet 1836) eingesetzt. Ihr Vertrag mit der Landesbehörde war identisch mit jenem der Barmherzigen Schwestern in der Haller Institution. Für jede Schwester wurde ein jährliches Wartgeld von 40 Gulden vereinbart.[33] Regelmäßig wird auch erwähnt, dass jeder Schwester täglich ein Viertel Wein zu geben wäre, allen zusammen standen Holz, Kerzen, Seife, Küchengeräte und die Erträge aus einem kleinen Garten zu. Sie durften zur Unterstützung weltliche Hilfskräfte einstellen. Neben der Besorgung der Küche für die PatientInnen sowie für das Personal oblagen den Schwestern die Besorgung der Wäsche und die Pflege der Patientinnen.

1882 wurden 20 Schwestern (darunter 18 für die Pflege, 2 für andere Hausdienste) unter der Oberin Cecilia Piacentini aufgenommen. Nach einer gewissen Probezeit entschied aber der Direktor der Anstalt über die *„Diensttauglichkeit"* der angetretenen Schwester. Während die Belegschaft der Pflegeschwestern relativ stabil war, machte der ständige Personalwechsel bei den männlichen Pflegern in beiden Anstalten[34] Anlass zur Sorge, deren hohe Fluktuation auf Grund schwieriger Arbeitsbedingungen und schlechter Entlohnung (der Lohn entsprach jenem von Dienstboten) blieb über Jahrzehnte ein Problem. Eine besondere Schwierigkeit für die Ordensschwestern war die ihnen obwaltende doppelte Zuständigkeit und Kontrolle. Sie unterstanden sowohl den Vorschriften des Ordens als auch jenen der Anstalt in Person des Direktors. Die vom Landesausschuss genehmigte gemeinsame (das heißt für Pergine und Hall) *„Dienstinstruktion für Wärter und Wärterinnen"* aus dem Jahr 1884 sah in Artikel 3 vor, dass diese

„gesittet, nüchtern, wohlerzogen, höflich, ordentlich, sauber, gut gekämmt, intelligent, treu, ehrlich, aufrichtig" und *„wahrhaftig"* sein sollten, sie mussten sich *„miteinander vertragen, gegenseitig anspornen, miteinander höflich, freund-*

lich und wohlwollend umgehen, Verfehlungen ihrer Kameraden den Vorgesetzten melden, für die eigene Sauberkeit sorgen, zusammen mit den Kranken arbeiten, sparsam sein, die Anstalt als eine große Familie betrachten, miteinander gut auskommen und zusammenarbeiten". Vor allem sollten sie den Kranken *„mit größtem Respekt, mit Geduld und Wohlwollen behandeln, auch wenn sie ungezogen, gewalttätig und impulsiv sind, […] sie nicht auslachen, noch verspotten noch sie als Irre, Narren bezeichnen."*[35]



Abb. 19: Pflegerinnen und Schwestern im Ospedale Provinciale della Venezia Tridentina in Pergine (um 1930)

Bis nach dem Ersten Weltkrieg, also bis zur Eröffnung der Krankenpflegeschule am Innrain in Innsbruck 1919, konnte der *„Wartberuf"* bzw. Pflegeberuf nur *„in praxi"* angelernt werden. Zum Teil wurde das Pflegepersonal von den Klinik- bzw. Anstaltsärzten unterrichtet, ihre Eignung anschließend in Form einer *„Hausprüfung"* bestätigt. Über die schlussendliche Anstellung nach einer Probezeit entschied wiederum der Anstaltsdirektor. Dabei fällt auf, dass zum Teil der Pflegeberuf in den Familien über Generationen weitergegeben wurde, eine Anstellungspraxis, der man in Pergine schließlich auf Grund der großen Nachfrage nach Arbeitsplätzen Einhalt gebieten wollte.[36]

Die Zahl der geprüften PflegerInnen hielt sich im Bundesland Tirol bis in die 1950er Jahre aber in sehr engen Grenzen: 1954 hatten von den 37 weiblichen Pflegekräften in Hall nur zwei zivile und fünf geistliche Pflegerinnen die *„Hausprüfung*“ absolviert, 30 Pflegerinnen waren ohne Fachbildung. Bei den Männern war dieses Verhältnis noch ungünstiger: 1954 verfügten nur zwei von 41 Pflegern über die *„Hausprüfung“*. Die Ausbildungssituation verbesserte sich erst in den späteren 1960er Jahren, nachdem eine 1961 erlassene Ausbildungsrichtlinie wirksam geworden war: von 44 beschäftigten Pflegerinnen verfügten nun 30, bei den Männern 44 der insgesamt 57 angestellten Pfleger die entsprechende Fachausbildung. 1969, nachdem der psychiatrische Pflegeberuf mit einem eigenen Diplom abgeschlossen werden konnte, beschäftigte die Anstalt in Hall 16 zivile und 12 geistliche Pflegerinnen und 43 Pfleger mit dem *„Diplom für Krankenpflegefachpersonal”* und insgesamt weitere 48 Personen des *„Sanitätshilfsdienstes“*.[37] Mit der Professionalisierung des Pflegeberufs seit den 1950er Jahren wurde nun auch der Personalstand insgesamt stabiler. Der enorme Zuwachs an ausgebildetem Fachpersonal – besonders bei den Männern – war dem Umstand geschuldet, dass die psychiatrische Pflegeausbildung berufsbegleitend, mithin ohne finanzielle Einbußen, absolviert werden konnte.



Abb. 20: Pflegepersonal der Psychiatrischen Klinik Innsbruck (ohne Datum)

Insgesamt ist die Geschichte der psychiatrischen Pflege insbesondere für die Zeit nach 1945 noch wenig erforscht. Die dazu notwendige Einsichtnahme in die Personalakten der Kliniken und Anstalten ist zum Teil aus Datenschutzrechtsgründen, zum Teil wegen des Fehlens geordneter Bestände oder des Zugangs zu diesen, zurzeit nicht möglich. Diese Lücke kann im Augenblick nicht geschlossen werden, doch liefern einzelne Interviews interessante historische Details aus dem pflegerischen Alltag. So wissen wir aus einem Interview mit Schwester Rita[38] (geboren 1929 und in den Jahren 1951 bis 1956 Pflegerin in Hall), dass die Barmherzigen Schwestern in den 1950er Jahren in Hall praktisch auf der Station lebten und wohnten und abgesehen von den Gebetszeiten und Exerzitien Tag und Nacht anwesend waren. Sie schliefen im Schlafsaal auf einer Matratze und mussten mittels einer Stechuhr nachweisen, dass sie wach geblieben und nicht eingeschlafen waren. Sie waren auch angehalten, nach dem Essen das Besteck abzuzählen, wegen der Verletzungsgefahr und weil der Hausverwalter die sparsame Mittelverwendung streng kontrollierte. Sie erinnert sich auch, dass sie und andere Schwestern die Patientinnen vor den Eingriffen, insbesondere der gefürchteten Elektroschocktherapie, beruhigen mussten, weil diese große Angst gehabt hätten. Ähnliches beschreibt Valerio Fontanari, ein ehemaliger Pfleger der Anstalt in Pergine.[39]

Für 2009 weist die Statistik der TILAK für das Psychiatrische Krankenhaus Hall einen Personalstand von 112 diplomierten Krankenpflegefachpersonen aus, die mit 56 Personen des Sanitätshilfsdienstes, 20 Personen des Medizinisch-Technischen Dienstes und weiteren 20 Personen mit medizinischer oder sozialpädagogischer Ausbildung zusammenarbeiten.[40] Verschiedene Teile des Aufgabenspektrums früherer PflegerInnen werden nun von anderen Berufsgruppen und zum Teil externen Firmen (z.B. Reinigung) geleistet. Diese Entwicklung war eine notwendige Voraussetzung für die Professionalisierung des Pflegeberufs und somit für die Entwicklung sowohl eines neuen Verständnisses von Pflege als auch eines gewandelten Berufsbildes.

Das Ärztepersonal

Doch nicht nur das Pflegepersonal verfügte lange Zeit nicht über eine entsprechende fachliche Ausbildung, auch die *„Irrenärzte“* des 19. Jahrhunderts konnten keine einschlägige psychiatrisch-heilkundliche Ausbildung vorweisen. Erst nach Abänderung der Rigorosenordnung 1903 wurde das Fach Psychiatrie für alle Medizinstudenten verpflichtender Prüfungsstoff.[41] Zwar ist aus anderen Zusammenhängen bekannt, dass Medizinstudenten bereits ab den 1870er Jahren Spezialvorlesungen aus dem Fach der Psychiatrie besuchen konnten und auch, dass ärztliche Leiter von psychiatrischen Anstalten, z.B. Dr. Josef Stolz oder Sekundarärzte, Vorlesungen an den Universitäten gaben und auch Studenten in die Anstalt zum Hospitieren einluden, von einer akademischen Fachausbildung kann aber noch keine Rede sein. Junge Ärzte begaben sich daher in aller Regel zu ihrer Ausbildung auf Bildungsreise in andere *„Irrenanstalten“* im In- und Ausland. Auch Dr. Josef Stolz, seit 1841 als *„Hauswundarzt“* in Hall angestellt und ab 1854 Anstaltsdirektor, unternahm eine entsprechende Bildungsreise nach Deutschland, Frankreich und Belgien. Der Ausbildung eines qualifizierten Ärztepersonals diente von Anfang an die zeitlich auf zwei Jahre befristete Anstellung von jungen, unverheirateten Ärzten als *„Sekundarärzte“*. Die jungen Ärzte waren damit zwangsläufig sehr mobil, auch kann beobachtet werden, dass gerade in der Anfangszeit der zweiten psychiatrischen Landesanstalt in Pergine ein reger Austausch des ärztlichen Personals zwischen Hall und Pergine organisiert wurde, was wohl auch der Homologierung der „Tochteranstalt“ gedient haben dürfte. Nach 1919 bzw. nach Übertragung der Anstalt in Pergine an Italien arbeiteten ausschließlich an italienischen Universitäten ausgebildete Ärzte am *„Ospedale Psichiatrico di Pergine Valsugana“*. Auch diese hatten ihre fachliche Qualifikation in der Regel in der Praxis in italienischen Anstalten und nicht an Universitäten erhalten.[42] Anders sah die Ausbildungssituation bei den Ärzten der Universitätsklinik aus. Bereits vor der Gründung der Lehrkanzel für *„Psychiatrie und Nervenpathologie“* 1891 hatten sich zwei Mediziner im Fach *„Psychiatrie und Neurologie”* habilitieren können, was im 20. Jahrhundert zur Standardbedingung für eine Klinikkarriere werden sollte. Mit der Gründung von immer mehr Heil- und Pflegeanstalten in ganz Europa und der Expansion der universitären Klinikpsychiatrie entstand im Verlauf des 19. Jahrhunderts ein eigener psychiatrischer Berufsstand mit dezidierten Standesinteressen,[43] dem es um 1900 gelang, seine Expertise auf Bereiche auszudehnen, die weit über die *„Klinik“* hinausgingen: im

Feld der Pädagogik, der Rechtsprechung und ganz allgemein in den Diskursen des „Sozialen“ in der Moderne.[44]



Abb. 21: Ärzte der Psychiatrischen Klinik Innsbruck (Eduard Gamper, Carl Mayer, Helmut Scharfetter, und unbekannt, 1920er Jahre)

Über eine psychiatrische Fachausbildung über das medizinische Doktorat hinaus verfügten die an der psychiatrischen Anstalt in Hall angestellten Ärzte – mit Ausnahme des 1919 bestellten Anstaltsleiters Georg Eisath, der 1921 die Lehrbefugnis für Psychiatrie und Neurologie erhielt – in der Regel erst nach 1945. Auch die erste Psychiaterin in Hall, Dr. Helene Schuster, die in der Zwischenkriegszeit angestellt wurde, verfügte ebenso wenig wie ihr Kollege Dr. Ludwig Schmuck über eine psychiatrische Fachausbildung.[45] Psychiaterinnen finden wir dann erst nach 1945 in den Anstalten an, in Hall wird 1967 Dr. Aloisia Pesendorfer für ein einjähriges Praktikum in der *„Wachabteilung“* eingestellt und im darauf folgenden Jahr wiederum nur als Praktikantin, Dr. Parthenopi Amantidou.

Mit Sicherheit wirkte sich das sich zusehends auseinander entwickelnde Zahlenverhältnis Ärzte – PatientInnen auf das hier beschriebene Beziehungssystem und die Behandlungsparadigmata der psychiatrischen Institutionen aus: Bei Er-

öffnung der Anstalt Hall 1830 waren drei Ärzte angestellt – ein Primararzt und Direktor, ein Hauswundarzt und ein Sekundararzt. Drei Mediziner waren also für durchschnittlich 80 PatientInnen zuständig. Immer noch drei Ärzte waren in den 1880er Jahren nun für rund 300 und im Ersten Weltkrieg für fast 1000 PatientInnen angestellt.[46] Das Betreuungsverhältnis ÄrztInnen – PatientInnen hatte sich demnach und im Wesentlichen bis in die 1960er Jahre permanent verschlechtert. Für 2009 führt der Leistungsbericht der TILAK für das Psychiatrische Krankenhaus des Landes Tirol nunmehr 47 Vollzeitäquivalente beim ärztlichen Personal bei knapp über 261 systemisierten Betten und 5.664 Entlassungen von PatientInnen an.[47] Doch sind diese Angaben nur schwer miteinander vergleichbar, denn im Unterschied zu den Kennziffern in den historischen Jahresberichten wird heute gemäß einer betriebswirtschaftlichen Logik die PatientInnenbewegung in *„Entlassungsfällen“* und der Personalstand in *„Vollzeitäquivalenten“* ausgedrückt.

Die klassische Psychiatriegeschichte wird und wurde meist mit wenigen hervorragenden ärztlichen Akteuren und lange Zeit auch gern mit „Vaterfiguren“ in Verbindung gebracht, für Tirol wären da an erster Stelle wohl der „patriarchale“ Anstaltsdirektor Johann Tschallener und sein „reformerischer“ Nachfolger Josef Stolz zu nennen. Die sozialhistorisch orientierte Geschichtswissenschaft und Medizingeschichte forderte seit den 1980er Jahren aber eine stärkere Berücksichtigung der PatientInnenperspektive ein. Und in jüngerer Zeit wird eine neue Thematisierung der „Innensichten“ des Personals eingemahnt[48] – der ärztlichen AkteurInnen ebenso wie jene des Pflegepersonals und weiterer, bisher kaum beachteter Personen- und Berufsgruppen. Standen also in der Psychiatriegeschichte zunächst strategische Inszenierungen humaner Befreiungsakte[49] und wissenschaftshistorische Weichenstellungen im Zentrum des Interesses, personifiziert durch herausragende Persönlichkeiten, geht es nun um die Geschichte der Beziehungen im Beziehungsfeld Psychiatrie, um Interaktionen zwischen *„Personal“* und *„Insassen“*, auch um Orte der Begegnungen mit der Welt außerhalb der Anstaltsmauern wie beispielsweise anlässlich der Faschingsfeiern, die in Hall in den 1860er Jahren von Josef Stolz eingeführt wurden, oder der Feste am Tag der Kastanienernte oder am Tag der Heiligen Lucia in Pergine. Es geht auch um ein Ernstnehmen der therapeutischen Intentionen, um das Sichtbarmachen von Unsicherheiten bei Diagnose und Behandlung, von Ängsten, Loyalitätskonflikten und Verantwortungsgefühlen angesichts des seit dem Ende des 18. Jahrhunderts zunehmend als gesellschaftliches Problem anerkannten psychischen Leids. Ein

solcher Zugang zur Tiroler Psychiatriegeschichte hat das *„Doppelgesicht“* der Institutionen der Psychiatrie zwischen Zwang und Fürsorge, zwischen philanthropischem Optimismus und Sozialdisziplinierung im Auge zu behalten.[50] Auf dieser Grundlage kann eine geschichtswissenschaftliche Erforschung Tiroler Psychiatriegeschichte letztlich dazu beitragen, die wechselnden Machtverhältnisse innerhalb dieses Beziehungssystems aufzuspüren, auf diese Weise politisch-soziale Handlungskontexte herauszuarbeiten, um immer im Sinne der Aufklärung und Entstigmatisierung die betroffenen Menschen in den Institutionen der Psychiatrie in den Mittelpunkt des Erinnerns zu rücken. Voraussetzung dafür sind jedoch stets das Vorhandensein und die Möglichkeit der wissenschaftlichen Nutzung und umsichtigen Interpretation einer entsprechenden Quellengrundlage. Insbesondere erlauben psychiatrische Krankenakten einen hervorragenden Einblick sowohl in die Geschichte der psychiatrischen Wissensproduktion als auch in alltägliche Interaktions- und Kommunikationsprozesse zwischen den einzelnen AkteurInnen in Institutionen der Psychiatrie. Das historische Archiv des Landeskrankenhauses Hall mit seinem geschlossenen Aktenbestand seit 1830, das Archiv der ehemaligen Anstalt in Pergine und die Bestände der Innsbrucker Neurologisch-Psychiatrischen Klinik im Tiroler Landesarchiv bieten dazu aus wissenschaftshistorischer wie aus gesellschaftspolitischer Sicht einen herausragenden und vielstimmigen Fundus.

Anmerkungen

1 Dietrich-Daum, Elisabeth / Taddei, Elena, Curare – segregare – amministrare. L’assistenza e la gestione dei „mentecatti” in un contado del Tirolo: l’esempio del medico generico Franz von Ottenthal (1818–1899) di Campo Tures, in: Dietrich-Daum, Elisabeth / Taiani, Rodolfo (Hg.), „Psychiatrielandschaft/Oltre il manicomio“. Themenheft der Zeitschrift „Geschichte und Region / Storia e regione“ 17/2 (2008), S. 83-102.

2 Vgl. Theodor Pichler, 100 Jahre Anstaltsverwaltung, in: Bericht für das Jahr 1930, Hall 1931, S. 17-23.

3 Vgl. den Beitrag von Maria Heidegger in diesem Band. Vgl. auch für Pergine die Ausführungen von Pantozzi über den langjährigen Anstaltskaplan Anton Moser (geb. 1845 in Trient, 1882–1918 Kaplan in Pergine). Pantozzi, Giuseppe, Die brennende Frage. Zur Geschichte der Psychiatrie in den Gebieten von Bozen und Trient (1830–1942), Bozen 1989, S. 116.

4 Lachmund, Jens / Stollberg, Gunnar, Patientenwelten. Krankheit und Medizin vom späten 18. bis zum frühen 20. Jahrhundert im Spiegel von Autobiographien, Opladen 1995, S. 21.

5 Vgl. dazu Heidegger, Maria / Dietrich-Daum Elisabeth, Die k. k. Provinzial-Irrenanstalt Hall in Tirol im Vormärz – eine totale Institution? in: Scheutz, Martin (Hg.), Totale Institutionen. Wiener Zeitschrift zur Geschichte der Neuzeit 8/1 (2008), S. 68-85.

6 Zur Entwicklung des PatientInnenstandes vgl. Grießenböck, Angela, Die „Landes-Irrenanstalt Hall in Tirol“. Eine vergleichende Darstellung mit der „Landes-Irrenanstalt Feldhof bei Graz“ (Zeitraum von 1830 bis 1912), in: Tiroler Heimat 71 (2007), S. 131-156, hier S. 139.

7 Stolz, Josef, Bemerkungen über die Tirolische Landes-Irren-Anstalt zu Hall, Innsbruck 1869, S. 8.

8 Vgl. dazu und im Weiteren: Jaquemar, Susanne / Kinzl, Harald, Vom Narrenturm zum Heimaufenthaltsgesetz, auf: http://www.vsp.at/index.php?id=65, eingesehen am 15.3.2011. Vgl. auch Forster, Rudolf, Staat, Politik und Psychiatrie in Österreich. Am Beispiel der rechtlichen Regulierung von Zwangsmaßnahmen von 1916–1990, in: Keintzel, Brigitta / Gabriel, Eberhard (Hg.), Gründe der Seele. Die Wiener Psychiatrie im 20. Jahrhundert, Wien 1999, S. 166-189.

9 Ein Eintritt auf eigenen Wunsch war erst auf Grund von Artikel 24 des neuen Statuts aus dem Jahre 1908 möglich. Vgl. Pantozzi, Die brennende Frage, S. 155.

10 Vgl. ebenda, S. 26.

11 Vgl. Jaquemar / Kinzl, Vom Narrenturm zum Heimaufenthaltsgesetz, ebenda und Forster, Rudolf / Kinzl, Harald, 15 Jahre Unterbringungsgesetz, in: iFamZ (November 2007), S. 294-298.

12 Zur aktuellen Rechtslage in Österreich vgl. die Broschüre des Vertretungsnetzes auf: http://www.vertretungsnetz.at/fileadmin/user_upload/1_SERVICE%20Publikationen/Broschuere_PatRechte_2010.pdf, eingesehen am 5.3.2011.

13 Vgl. dazu den Beitrag von Helmut Dietl, Marina Descovich und Evelina Haspinger in diesem Band.

14 Vgl. dazu den Beitrag von Matthias B. Lauer in diesem Band.

15 Vgl. Forster / Kinzl, 15 Jahre Unterbringungsgesetz, S. 296.

16 Tschallener, Johann, Beschreibung der k. k. Provinzial-Irren-Heilanstalt zu Hall in Tirol, Innsbruck 1842, S. 19.

17 Vgl. Heidegger, Maria, Ernährung in der psychiatrischen Anstalt. Quellenbefunde am Beispiel der „Irrenanstalt“ Hall in Tirol 1830–1914, in: Ernährung und Gesundheit in den Alpen / Alimentation et santé dans les Alpes (=Histoire des Alpes / Storia delle Alpi / Geschichte der Alpen 13), Zürich 2008, S. 227-247.

18 Pichler, 100 Jahre Anstaltsverwaltung, S. 18.

19 Vgl. das Interview mit Friederike Hafner in diesem Band.

20 Vgl. Ralser, Michaela, Das Subjekt der Normalität. Das Wissensarchiv der Psychiatrie: Kulturen der Krankheit um 1900, München 2010.

21 Vgl. Rotzoll, Maike, Verwahren, verpflegen, vernichten. Die Entwicklung der Anstaltspsychiatrie in Deutschland und die NS-„Euthanasie“, in: Fuchs, Petra / Rotzoll, Maike et al. (Hg.), „Das Vergessen der Vernichtung ist Teil der Vernichtung selbst“. Lebensgeschichten von Opfern der nationalsozialistischen „Euthanasie“, Göttingen 2007, S. 24-35, hier S. 28.

22 Vgl. Brückner, Burkhart, Basiswissen: Geschichte der Psychiatrie, Bonn 2010, S. 107.

23 Vgl. Forster, Rudolf, Zur Gewalt in der Psychiatrie, auf: http://www.univie.ac.at/OEGS-Kongress-2000/On-Line-Publikation/forster.pdf, eingesehen am 13.8 2008.

24 Vgl. Rotzoll, Verwahren, verpflegen, vernichten, S. 32.

25 Vgl. dazu bzw. auch zur Geschichte der „Wirksamkeitskonstruktionen“: Balz, Viola, Zwischen Wirkung und Erfahrung – eine Geschichte der Psychopharmaka. Neuroleptika in der Bundesrepublik Deutschland, 1950–1980, Bielefeld 2010.

26 Vgl. dazu Heidegger, Maria, Psychiatrische Pflege in der historischen Anstalt. Das Beispiel der „k. k. Provinzialirrenanstalt“ Hall in Tirol 1830–1850, in: Appelt, Erna / Heidegger, Maria / Preglau, Max / Wolf, Maria A. (Hg.), Who Cares? Betreuung und Pflege in Österreich. Eine geschlechterkritische Perspektive, Innsbruck-Wien-Bozen 2010, S. 87-97.

27 Tschallener, Johann, Ueber Wartung und Pflege der Irren, in: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie 6 (1849) Heft 2, S. 262-284, hier S. 265.

28 Tschallener, Beschreibung, S. 16.

29 Tschallener, Ueber Wartung und Pflege der Irren, S. 267.
30 Ebenda, S. 277.
31 Ebenda, S. 263-264.
32 Ebenda, S. 262-263.
33 Vgl. Pantozzi, Die brennende Frage, S. 98.
34 Vgl. ebenda, S. 116.
35 Vgl. Dienstinstruktion für Wärter und Wärterinnen vom 23. Jänner 1884, zit. in: Pantozzi, ebenda, S. 133.
36 Vgl. den Beitrag von Valerio Fontanari in diesem Band.
37 Vgl. für diese Recherche in den Jahresberichten der Anstalt danken wir Angela Grießenböck.
38 Interview der Projektgruppe mit Schwester Rita am 18.2.2011 in Ried im Oberinntal.
39 Vgl. den Beitrag von Valerio Fontanari in diesem Band.
40 Vgl. den Leistungsbericht 2009 des Psychiatrischen Krankenhauses des Landes Tirol, auf: http://www.tilak.at/media//data0868/folder_2009_pkh.pdf (eingesehen am 19.5.2011).
41 Verordnung 678, RGBl. Nr. 102 vom 14.4.1903, zit. in: Ralser, Das Subjekt der Normalität, S. 163.
42 Vgl. Pantozzi, Die brennende Frage, S. 173-176.
43 Vgl. Chmielewski, Alexandra, Auf dem Weg zum Experten. Die Herausbildung des psychiatrischen Berufsstandes in Süddeutschland (1800 bis 1860), in: Berding, Helmut / Klippel, Diethelm / Lottes, Günther (Hg.), Kriminalität und abweichendes Verhalten: Deutschland im 18. und 19. Jahrhundert, Göttingen 1999, S. 105-140.
44 Vgl. Ralser, Das Subjekt der Normalität.
45 Vgl. den Beitrag von Angela Grießenböck über die Akte Schuster in diesem Band.
46 Einen Überblick über die ärztlichen Leiter der Anstalten Hall seit 1830 bis zur Gegenwart und Pergine seit 1882 bis in die jüngste Vergangenheit mit zahlreichen Einzelbiographien bietet die Projekthomepage: www.psychiatrische-landschaften.net.
47 Psychiatrisches Krankenhaus des Landes Tirol, Leistungsbericht 2009.
48 Vgl. Vanja, Christina, Das Irrenhaus als „Totale Institution"? Erving Goffmans Modell aus psychiatriehistorischer Perspektive, in: Scheutz, Martin, Totale Institutionen. Wiener Zeitschrift zur Geschichte der Neuzeit 8/1 (2008), S. 120-129, hier S. 128.
49 Vgl. dazu Dietrich-Daum, Elisabeth / Heidegger, Maria, „Irrenbefreiung" oder die historische Inszenierung eines Sieges in der Psychiatrie, in: Fahlenbock, Michaela / Madersbacher, Lukas / Schneider, Ingo (Hg.), Inszenierung des Sieges – Sieg der Inszenierung. Interdisziplinäre Perspektiven, Innsbruck-Wien-Bozen 2011, S. 45-55.
50 Vgl. Tanner, Jakob, Der „fremde Blick": Möglichkeiten und Grenzen der historischen Beschreibung einer psychiatrischen Anstalt, in: Rössler, Wulf / Hoff, Paul (Hg.), Psychiatrie zwischen Autonomie und Zwang, Heidelberg 2005, S. 45-46, hier S. 50.

Psychiatriegeschichte(n)



Abb. 22: Hauskapelle der Landesirrenanstalt Hall (ohne Datum)

Maria Heidegger

„Ein schöner Spruch aus der Bibel und das Versprechen einer bessern Welt erhebt sie"

Zur Seelsorge in der Haller „Irrenanstalt" im 19. Jahrhundert

„Des Priesters und des Arztes Sache ist es, die Angehörigen des Kranken zu belehren und zu überzeugen, daß es für ihr unglückliches Familienglied von der größten Wichtigkeit ist, nur recht bald aus jenen Verhältnissen zu kommen, unter welchen es zehn- für einmal erkrankt ist, damit dessen Heilung [...] um so sicherer und um so schneller bewerkstelligt werden kann."[1]

Mit dieser Aussage unterstrich Halls Anstaltsdirektor Johann Tschallener 1842 die Notwendigkeit einer Kooperation von Seelsorge und der noch jungen psychiatrischen Heilkunde. Dabei wollte er die *„Irrenanstalt"* der Öffentlichkeit als den einzig wahren Ort empfehlen, wo unter ärztlicher Leitung die erkrankte Psyche geheilt werden könne. Bewahrung bzw. Wiederherstellung des *„Seelenheils"* – nicht nur für das jenseitige, sondern auch für das irdische Leben – stellte jedoch den traditionellen Kompetenzbereich der Kirche(n) dar. Parallel zur Psychiatrie hatte sich gegen Ende des 18. Jahrhunderts auch die Pastoraltheologie als neue theologische Teildisziplin herausgebildet und mit dem Aufkommen praktisch-theologischer Lehrstühle entwickelte sich eine wissenschaftlich fundierte Seelsorgelehre. Im Rahmen der „Pastoralmedizin" beanspruchten Geistliche auch therapeutische Kompetenzen.

Anforderungsprofil und seelsorglicher Wirkungsbereich der Haller *„Irrenhauskapläne"* wurden exakt festgelegt, um erst gar keine Konkurrenz zwischen den ärztlichen und seelsorglichen Handlungsfeldern aufkommen zu lassen. 1842 bestimmte Tschallener die Positionen der Seelsorge explizit im Verhältnis zur

ärztlichen Direktive. Er charakterisierte den *„Irrenhauskaplan"* als *„Stütze"*, die mit 400 Gulden Konventionsmünze und einem Holz- und Kerzendeputat entlohnt, dem Direktor hierarchisch klar untergeordnet und *„diesem geziemende Achtung und Gehorsam in allen nicht rein geistlichen Amts- und Dienstsachen schuldig"*[2] zu sein hatte. Die nach Geschlecht der Patientinnen und Patienten bzw. nach Jahreszeit differenzierte Tagesordnung sah einen dichten Plan religiöser Praktiken und Belehrungen für die *„InsassInnen"* vor. Im Rahmen dieser Ordnung musste der Kaplan täglich die heilige Messe lesen, Rosenkranzbeten leiten und religiösen Unterricht getrennt in deutscher und italienischer Sprache erteilen. Darüber hinaus sollte der Hauskaplan als moralische Instanz wirken und gemeinsam mit den Ärzten die als neu propagierten humanitären Normen der modernen *„Irrenbehandlung"* vertreten – vor allem gegenüber einem pauschal als roh und unwissend charakterisierten Wartpersonal.

Die *„Irrenhauskapläne"* des 19. Jahrhunderts waren mit ihren jeweiligen wissenschaftlichen, städtischen und regionalen intellektuellen Zirkeln vernetzt und setzten aus ihren unterschiedlichen Interessenslagen, Berufs- und Ausbildungswegen heraus ihre jeweils eigenen Schwerpunkte. Die erste Ausschreibung des Postens eines Haller *„Irrenhauskaplans"* durch die übergeordnete Landesbehörde 1829 hatte zwar mit Lukas Tolpeit, dem Seelsorger des Zwangsarbeitshauses in Schwaz, einen Mann an die erste Stelle des Dreiervorschlags gesetzt, der auch über einschlägige Praxis innerhalb einer zeitgenössischen Verwahrinstitution verfügte. Dennoch wurde die Stelle mit Johann Stephan Raffeiner, dem Kandidaten des bischöflichen Ordinariats besetzt. Der 1785 in Mals geborene Raffeiner war 1826 zum Priester geweiht worden und hatte zuvor in Rom ein Medizinstudium absolviert sowie 15 Jahre lang als Arzt in Italien und in Graubünden praktiziert. Als Frühmesser im oberen Vinschgau wirkte er *„als Missionär der Seele und dem Leibe nach"* und als *„Nothelfer in jeder Beziehung"*[3]. Der Priesterarzt Raffeiner blieb allerdings nur kurz in der Haller Anstalt. Bereits 1832 wanderte er als Missionar in die Vereinigten Staaten aus und gründete dort die katholischen Kirchengemeinden in New York und Rhode Island. Er verstarb – ein ansehnliches Stiftungsvermögen aus Eisenbahnaktien und Staatsanleihen hinterlassend – 1861 in Williamsburg/Brooklyn. Seine kurze Praxis als *„Irrenhauskaplan"* wird im *„Südtiroler Volksblatt"* wie folgt geschildert:

„*Mit dem damaligen Direktor bei der Anstalt* [Anton Pascoli] *stand er im vertraulichsten Verhältnisse und konnte so von dem oft nur zu grausam gegen unzurech-*

nungsfähige Irren auftretenden Mann Linderung der bereits angedrohten Strafe erwirken. Man konnte dem Priester es oft ansehen, daß ihn solch übertriebene Strenge gegen irrsinnige Menschen empörte, doch er zog es vor, mit Geduld und Liebe das harte Herz zu schmelzen, und nicht als Ankläger aufzutreten.“[4]



Abb. 23: Portrait Joh. Stephan Raffeiner (ohne Datum)

Zweiter Hauskaplan wurde Joseph Gassner, nicht zu verwechseln mit dem gleichnamigen Exorzisten, der etliche Jahre zuvor für enormes Aufsehen gesorgt hatte. 1800 in Nüziders geboren, war Gassner 1827 zum Priester geweiht worden. Er wirkte als Katechet und Schulmann in Feldkirch, bevor er im November 1832 seinen Dienst in Hall antrat und dort bereits im folgenden Jahr verstarb. 1834 folgte der 40jährige Josef Fuchs aus Kaltern nach. Wie sein Vorgänger erhielt auch er gegenüber seinen Mitbewerbern den Vorzug, weil er auf mehrjährige Erfahrungen als Schulmann hinweisen konnte. Dadurch und durch sein *„gesetztes männliches Alter“* erwarteten sich sowohl Halls Anstaltsdirektor Anton Pascoli als auch die Landesstelle einen *„sehr guten Erfolg in Beziehung der Heilung“* der *„Irren“,* da diese *„wie die Kinder behandelt, geleitet und gelehrt werden müssen“* und die *„Irren den ungezogenen und verwahrlosten Kindern gleich zu halten“*[5] wären. Fuchs, in die hausinternen Konflikte rund um die Entlassung des ersten Direktors Pascoli involviert, wurde aufgrund von Differenzen mit dem neuen Direktor Tschallener 1837 entlassen. Er verstarb im April 1853 in seiner Heimatgemeinde Kaltern.

Halls vierter Kaplan, Sebastian Ruf, orientierte sich in seiner seelsorglichen Praxis mehr an den Bedürfnissen der *„Irren“* als am offiziellen katholischen Bezugssystem.

„Ich glaube an meine Ueberzeugungen so wenig, als an meinen Glauben. Unser Räthsel kann sich nur im Jenseits lösen, wenn es ein solches gibt. Bei meinen Irren könnte ich mit Kant und Fichte gar nichts ausrichten, aber ein schöner Spruch aus der Bibel und das Versprechen einer bessern Welt erhebt sie. Wenn ich die gute Wirkung sehe, glaube ich mitunter selbst daran. Was uns am Höchsten stehen muß, das ist die Humanität. Alle Dogmen und alle Religionen sind nur die Bindfäden, die sie festigen sollen. Ich stimme daher mit dem Christenthume vollkommen überein und predige seine Lehren ohne Hinterhalt.“[6]

Ruf war 1802 in Absam nahe Hall als Sohn des Dorfschmieds geboren. Als Mitglied intellektueller Gesellschaften im nahen Innsbruck agierte er im lokalen literarisch politisch-liberalen Umfeld und nahm aktiv an der erfolgreichen Etablierung der Psychiatrie als wissenschaftlicher Disziplin Teil. Ruf hatte sich ein Medizinstudium im fernen Wien nicht leisten können und war stattdessen am Brixner Priesterseminar ausgebildet worden. Nach Stationen als Seelsorger in der Leutasch und in Tobadill kam er 1837 als Hauskaplan nach Hall und blieb in die-



Abb. 24: Portrait Sebastian Ruf (ohne Datum)

ser Funktion bis zu seiner Pensionierung 1872. Sein Freund, der Tiroler Dichter Adolf Pichler, mutmaßte:

„Einerseits mochte er fühlen, daß ihm der Dienst des Staates mehr Sicherheit vor den Narren außer dem Narrenhause verschaffe, als eine kirchliche Würde; Schnüffler und Spione konnten ihm hier nicht leicht was anhaben; hauptsächlich

jedoch hielt ihn der Umstand fest, daß er hier ein reiches Feld für seine psychologischen und philosophischen Studien fand."[7]

Ruf nutzte in einer Zeit scharfer Zensur das *„Irrenhaus"* als Schutz- und Wissensraum. Hier verfasste er ab den 1850er Jahren mehrere Schriften zur gerichtlichen Medizin und Kriminalpsychologie. Ludwig Steub äußerte:

„Bei solcher Richtung seiner Studien musste ihm aber der Verkehr mit den Irren, der wohl andern sehr abstoßend dünkt, äußerst anziehend und belehrend scheinen. Er hat da durch die liebliche Weise seines Umganges viele Hunderte getröstet, erquickt und zu mannigfachen Heilungen wesentlich beigetragen"[8],

Constant von Wurzbach folgerte, dass Ruf *„die Heilung der kranken Seelen besser gelang, als vielen anderen geistlichen und weltlichen Aerzten."*[9]

Rufs Nachfolger wurde der 1838 geborene Landecker Josef Raggl. Er wirkte als Haller Hauskaplan bis zu seinem Tod im April 1887. Ihm folgte für viele Jahre Nikolaus Recheis aus Söll nach (geboren 1843), der diese Stelle bis zu seinem plötzlichen Tod in der Anstalt 1918 innehatte. Die *„Tiroler Stimmen"* vom 29. April 1918 berichteten in einem Nachruf von seinem tragischen Unfall, und zwar war er auf dem Weg aus der Kapelle gestolpert und unglücklich über die Steintreppe gefallen. Nach seiner Weihe hatte Recheis 1872 bis 1875 Geografie und Geschichte an der Universität Innsbruck studiert, war als Professor am Borromaeum in Salzburg und als Stadtvikar in Hallein tätig gewesen, bevor er 1882 nach Innsbruck übersiedelte. Dort trat er in die Redaktion der erzkonservativen *„Tiroler Stimmen"* ein, als deren Chefredakteur er von 1883 bis 1887 tätig war. Auch in seiner Zeit als *„Irrenhauskaplan"* betätigte sich Recheis publizistisch im Kampf gegen liberale Bestrebungen. Aus dem von ihm gegründete Studentenverein entstand 1888 die katholische Studentenverbindung *„Sternkorona"*.

Die Haller *„Irrenhauskapläne"* des 19. Jahrhunderts unterschieden sich sowohl in Bezug auf ihre Interessen, ihre politischen Weltanschauungen als auch hinsichtlich ihrer medizinischen und psychiatrischen Kompetenzen. Der Priesterarzt Raffeiner etwa nutzte die landschaftliche Stellung als Sprungbrett in die „Neue Welt", während Ruf sich aktiv an der Ordnung und Weitergabe von psychiatrischem Wissen über den Menschen beteiligte und den Anstaltsdirektor Josef Stolz



Abb. 25: Portrait Nikola(u)s Recheis (ohne Datum)

bei der in Hall früh praktizierten Reduktion von Zwangsmaßnahmen *(Non Restraint)* unterstützte. Dagegen hatten Fuchs, Gassner und Raggl wie Recheis Erfahrungen als Schulpädagogen in der Anstalt geltend gemacht. Letzterer beteiligte sich vor diesem Hintergrund politisch-publizistisch an den Auseinandersetzungen in der Zeit des „Kulturkampfes".

Im *„Irrenhaus"* des 19. Jahrhunderts existierten nebeneinander ein medizinisches Verständnis von psychischer Gesundheit und ein theologischer Begriff von Seelenheil. Aus dem Blickwinkel der betroffenen Menschen konnten aus diesem Spannungsfeld unterschiedlicher Sinnbezüge sich ergänzende oder aber auch konkurrierende medizinische und pastorale Abhängigkeitsbeziehungen entstehen. Regelungen rund um Gottesdienst- und Beichtbesuche zeigen, wie die traditionelle Kompetenz des „Seelenhirten" für psychiatrisch-medizinische Ziele instrumentalisiert wurde. Gerade die Beichte diente nicht nur der Seelsorge im engeren Sinn, sondern erfüllte darüber hinaus im Rahmen der Gesamtkur moralische und sozialtherapeutische Funktionen. Tschallener forderte in diesem Sinn, dass der jeweilige Beichtvater stets *„bei seiner Pastorirung die gutächtliche Meinung des Direktors und Primararztes"*[10] einholte. Unter Umständen konnte im Beichtstuhl der *„Irrenhauskapelle"* durch die Bindung an das Beichtgeheimnis ein konkurrierendes Abhängigkeitsverhältnis entstehen – in einer Umgebung, in der sich Ärzte privilegierten Zugang zum *„Seelenleben"* erhofften. Daher war die Kommunikation geistlichen „Insider-Wissens" an den dirigierenden Arzt – zu therapeutischen Zwecken – explizit vorgesehen. Auch der Gottesdienst erfüllte therapeutische Funktionen. Der „erfolgreiche", andachtsvolle, respektive reibungs- und störungslose Besuch der heiligen Messe durch den *„Irren"* im Beisein des jeweils anderen Geschlechts diente in der Krankenakte oft genug als Hinweis auf eine erfolgte Heilung.

Welchen Einfluss Beichte und Gottesdienst auf das psychische Befinden der Haller *„InsassInnen"* hatte und ob sich fallweise jener therapeutische Wert realisieren ließ, den ihr auch die zeitgenössische Pastoraltheologie zumaß, können wir nicht wissen. Gelegentlich enthalten PatientInnenakten Hinweise auf die Mitwirkung der Seelsorger im Rahmen der Therapie psychischer Krankheiten. Hinsichtlich des häufig konstatierten und auch diagnostizierten *„religiösen Wahns"* waren jedenfalls besondere Seelsorge-Strategien erforderlich. Betroffene sollten möglichst sanft auf die Barmherzigkeit Gottes verwiesen und keinesfalls durch zu gestrenge Beichtväter auf ihre Sünden zurückgeworfen werden. Für die Bekämpfung der verbreiteten und die Psyche belastenden Furcht vor ewiger Verdammnis baute die Medizin auf eine entsprechende Kooperation mit der Anstaltsseelsorge. Unabhängig davon nahm aber auch der jeweilige Arzt für sich das religiöse Kapital der Trostspendung in Anspruch.

Anmerkungen

1 Tschallener, Johann, Beschreibung der k. k. Provinzial-Irren-Heilanstalt zu Hall in Tirol; mit Rücksicht auf die Statuten der Anstalt, auf die therapeutischen und psychologischen Grundsätze der Behandlung der Geisteskranken und auf ihre achtjährigen Resultate, Innsbruck 1842, S. 39.
2 Ebenda, S. 39.
3 Gallerie merkwürdiger Tiroler, in: Südtiroler Volksblatt 1867, Beilage Nr. 22.
4 Ebenda.
5 Tiroler Landesarchiv, Jüngeres Gubernium 1834, Sanität 11, Besetzung der Hauskaplanstelle lt. Gubernialauftrag vom 21.2.1834, Vorschlag der Direktion vom 2.3.1834 und Bestellung durch das Landesgubernium Nr. 4969/616 vom 12.3.1834.
6 Zitiert nach: Steub, Ludwig, Sängerkrieg in Tirol. Erinnerungen aus den Jahren 1842–1844, Stuttgart 1882, S. 83.
7 Pichler, Adolf, Zu meiner Zeit. Schattenbilder aus der Vergangenheit (=Gesammelte Werke 1), München-Leipzig [2]1905, S. 125 f.
8 Steub, Sängerkrieg, S. 80.
9 Wurzbach, Constant von, Sebastian Ruf, in: Biographisches Lexikon des Kaiserthums Oesterreich, Bd. 27, Wien 1874, S. 240-242.
10 Tschallener, Beschreibung, S. 40.



Abb. 26: Historisches Archiv des früheren Psychiatrischen Krankenhauses in Pergine (2011)

Elena Taddei

„... wen Sie die güte hätten und eine Wärterin was Deutsch kan am Bahnhof schiken zur Abholung“[1]

Die Präsenz von Südtiroler Patientinnen und Patienten in der psychiatrischen Anstalt Pergine 1882–1939

Die psychiatrische Versorgung von Patientinnen und Patienten aus dem italienischsprachigen Teil Tirols erfolgte bis 1882 zum größten Teil in der eigenen Familie, zum Teil in Pflegefamilien[2], in Versorgungshäusern, Spitälern und Gefängnissen. Nur ein kleiner Teil wurde entweder in der 1830 gegründeten Anstalt in Hall in Tirol oder in Anstalten im heutigen Norditalien, wie z.B. in der Casa di Pietà in Verona, in San Servolo bzw. San Clemente in Venedig versorgt. Die mühevolle Überstellung eines Patienten bzw. einer Patientin aus dem Trentino nach Hall, die ständige Überfüllung dort, die schwierigen Aufnahmebedingungen und die soziokulturelle und sprachliche Fremde der Haller Anstalt führten schließlich am 12. Oktober 1874 zur Verordnung des Tiroler Landtages zur Gründung einer zweiten Anstalt zur Heilung und Verwahrung von psychisch Kranken des südlichen Landesteiles in Pergine Valsugana.

Am 15. September 1882 wurde die *„Landesirrenanstalt Pergine / Manicomio provinciale di Pergine“* eröffnet. Unter dem ersten Direktor Heinrich Sterz wurden zunächst 47 Männer und 44 Frauen aus dem italienischsprachigen Landesteil von der Anstalt Hall nach Pergine in die neue, 204 Betten bietende Einrichtung überstellt. Die Zahl der Aufnahmen steigerte sich von Jahr zu Jahr, sodass eine ständige Vergrößerung der Anstalt in Form von Zubauten *(„padiglioni“)* notwendig wurde. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts fanden *„ruhige“* PatientInnen auch in den zum Zwecke der Ergotherapie gegründeten landwirtschaftlichen Kolonien in Vigalzano und in der *„Landwirtschaftlichen Siedlung für ruhige Geisteskranke*

Stadlhof / Colonia agricola per malati psichiatrici tranquilli di Stadio“ bei Pfatten Aufnahme.

Während des Ersten Weltkrieges wurde die Anstalt Pergine auch aufgrund der Nähe zum Frontverlauf von der österreichischen Regierung zu einem Militärspital umfunktioniert, weshalb insgesamt 504 psychiatrische PatientInnen in andere Anstalten der Habsburgermonarchie überstellt werden mussten. Von diesen kamen in einem großen Transport am 3. März 1919 101 Frauen und 74 Männer wieder nach Pergine zurück. Die durch den Krieg ausgelösten psychischen Erkrankungen (*„Kriegsneurosen“*) ließen die Aufnahmen in den folgenden Jahren exponentiell ansteigen.

Mit der neuen Grenzziehung am Brenner kam die Anstalt Pergine nach dem Ersten Weltkrieg unter italienische Verwaltung und erhielt fortan den Namen *„Ospedale provinciale della Venezia Tridentina in Pergine“*. Als solche unterlag sie dem italienischen Gesetz über die Anstalten vom 14. Februar 1904 (Nr. 36) und erfuhr im Sinne der ihr auferlegten Aufgabe der *„Verwahrung“* von psychisch Kranken erneute bauliche Erweiterungen. Nun kamen auch PatientInnen aus dem deutschsprachigen Südtirol hinzu, da nunmehr die Anstalt Pergine und nicht mehr jene in Hall für deren psychiatrische Versorgung zuständig war.

Im Zuge der deutsch-italienischen Vereinbarungen aus dem Jahr 1939 waren auch die deutschsprachigen PatientInnen der Anstalt in Pergine von den Optionsbestimmungen für Südtirol betroffen. Am 29. Mai 1940 wurden 299 *„deutsche“* PatientInnen aus Pergine, Stadlhof und anderen psychiatrischen Einrichtungen (Anstalten Udine und Nomi) in Begleitung von Ärzten und PflegerInnen in die psychiatrische Anstalt Zwiefalten in Deutschland und von hier weiter in die Anstalten Schussenried und Weissenau transportiert. Nach derzeitigem Forschungsstand entgingen die meisten SüdtirolerInnen der gezielten Ermordung im Rahmen der *„Aktion T4“*, dennoch starben viele noch vor Kriegsende auf Grund der unzureichenden Versorgung.

Nach dem Zweiten Weltkrieg nahm die Anstalt ihre Arbeit wieder auf. In den 1960er Jahren gelangte das psychiatrische Krankenhaus Pergine mit 1.600–1.700 PatientInnen an die Grenzen seiner Aufnahmekapazität. Mit dem Gesetz Nr. 431 vom 18. März 1968 (*„legge Mariotti“*) sollte in ganz Italien der Überfüllung der Anstalten durch die Schaffung von ambulanten bzw. zur Anstalt alternativen Diensten, so genannten *„Centri/Servizi di igiene mentale“*, entgegen gewirkt werden. Gleichzeitig wurde eine Psychiatriereform eingeleitet, welche die geschlossenen Anstalten durch verstärkte Rehabilitation und Prävention von psychischen

Erkrankungen zu ersetzen versuchte. Diese Aufgaben wurden im Zuge der *„Sektorialisierung"* immer mehr den externen Sanitätseinheiten zugeteilt. Schließlich bestimmte das Gesetz Nr. 180 vom 13. Mai 1978, das so genannte *„Basaglia-Gesetz"*, die Schließung der Anstalten in ganz Italien und damit auch in den Autonomen Provinzen Bozen und Trient. Ab dem 17. Juli 1978 wurden in Pergine keine zwangseingewiesenen oder rückfälligen PatientInnen mehr aufgenommen. Mit 1. Januar 1982 gingen die psychiatrische Versorgung und Pflege der 480 in Pergine noch untergebrachten PatientInnen in die Kompetenz der Sanitätseinheiten über. Die Anstalt Pergine wurde erst 2002 endgültig geschlossen.
Wenn hier von *„SüdtirolerInnen"* in Pergine gesprochen wird, dann ist der Begriff für die Zeit vor 1918 nicht ganz zutreffend. Die hier vorgestellten Auswertungen sind im Zuge eines von der Südtiroler Landesregierung geförderten und von einer ForscherInnengruppe an der Universität Innsbruck durchgeführten Projektes entstanden und umfassen jene PatientInnen in der Anstalt Pergine, die auch vor 1918 und bis 1939 innerhalb der Grenzen der heutigen Provinz Südtirol geboren wurden, wohnhaft waren oder ihren letzten Aufenthaltsort hier hatten, d. h. von einer Südtiroler Behörde eingewiesen wurden.

Bis 1919 kamen wegen der vor allem auf der Basis der sprachlichen Ausrichtung getrennten Zuständigkeiten der beiden Anstalten nur wenige, zwei bis drei PatientInnen pro Jahr aus dem Südtiroler Raum in die Anstalt in Pergine. Erst nach dem Krieg, zwischen 1919 und 1939 wurden durchschnittlich 55 Frauen und 70 Männer aus Südtirol pro Jahr nach Pergine eingewiesen. Der vorläufige Höchststand der Aufnahmen von Südtirolerinnen in der italienischen Anstalt wurde in den Jahren 1938 und 1939 mit jeweils 82 Frauen erreicht. Auch bei den Männern waren in den Jahren 1937 (127), 1938 (112) und 1939 (124) Spitzenwerte zu verzeichnen. Ähnlich der allgemeinen Geschlechterverteilung in psychiatrischen Anstalten dieser Zeit wurden auch unter den SüdtirolerInnen in Pergine in der Regel mehr Männer als Frauen aufgenommen, was mit Schwierigkeiten in der familialen Versorgung zusammenhängen dürfte. Das Durchschnittsalter der eingewiesenen Südtiroler Frauen und Männer deckt sich mit dem Gesamtprofil der AnstaltspatientInnen in Pergine und lag im untersuchten Zeitraum zwischen 36 und 39 Jahren. Bei beiden Geschlechtern überwogen die Ledigen mit rund zwei Drittel der PatientInnen deutlich. Entsprechend der demografischen Verteilung der Südtiroler Bevölkerung kam der Großteil der PatientInnen aus ländlichen Gemeinden, im Jahr 1920 beispielsweise wiesen nur zehn Prozent der eingewiesenen Frauen und vier Prozent der Männer städtische Herkunftsorte aus. Bis auf wenige

Ausnahmen wurden sowohl die männlichen als auch die weiblichen Patienten aus Südtirol in der untersten *„Verpflegsklasse“* untergebracht, deren Kosten von den Gemeinden und Landesfonds übernommen wurden. Die Verteilung der Südtiroler PatientInnen nach Verpflegsklassen unterschied sich aber nicht maßgeblich von jener der anderen in Pergine und in Hall aufgenommenen PatientInnen.
Die Aufnahme in eine Anstalt konnte aus verschiedenen Gründen erfolgen. Doch oberster Beweggrund blieb dabei stets die Gefahr bzw. Gefährlichkeit eines psychisch kranken Menschen für sich selbst und für die Anderen. Aber auch ein wirtschaftlicher Nachteil, welcher einer Familie durch die Versorgung einer/s kranken Angehörigen erwuchs, konnte ebenso wie die Tatsache, dass ein Mensch keinen Platz in der Gesellschaft hatte und/oder kein geordnetes Leben führte (Prostitution, Alkoholismus, Traumata infolge von Misshandlungen, Gewalt, Schicksalsschlägen oder Kriegsneurosen) Grund für die Überweisung/Einweisung und – nach einer festgelegten Begutachtungsfrist – für die Aufnahme in die Anstalt sein.

Wie andere psychiatrische Anstalten, war auch die Leitung in Pergine bestrebt, Erfolgsbilanzen in Form von Entlassungen nach Heilung nachweisen zu können. So ist auch nachvollziehbar, warum die Zahl der als geheilt oder gebessert Entlassenen stets höher war, als jene der ungeheilt Entlassenen, der in eine andere An-

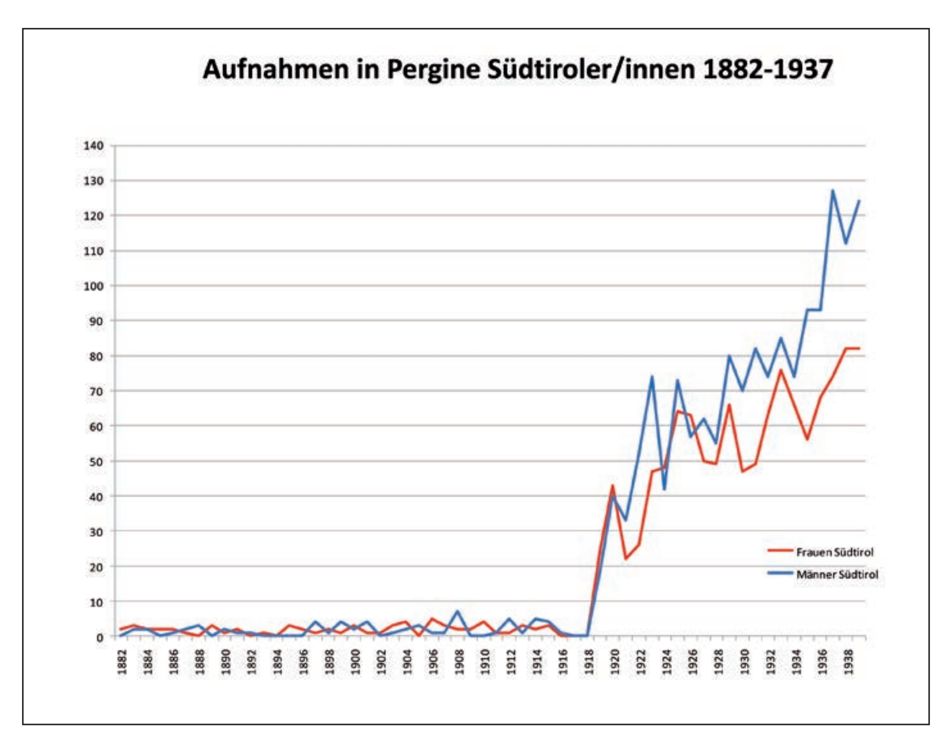


Abb. 27: PatientInnen von Pergine in der Landwirtschaftlichen Kolonie Vigalzano (ca. 1900)

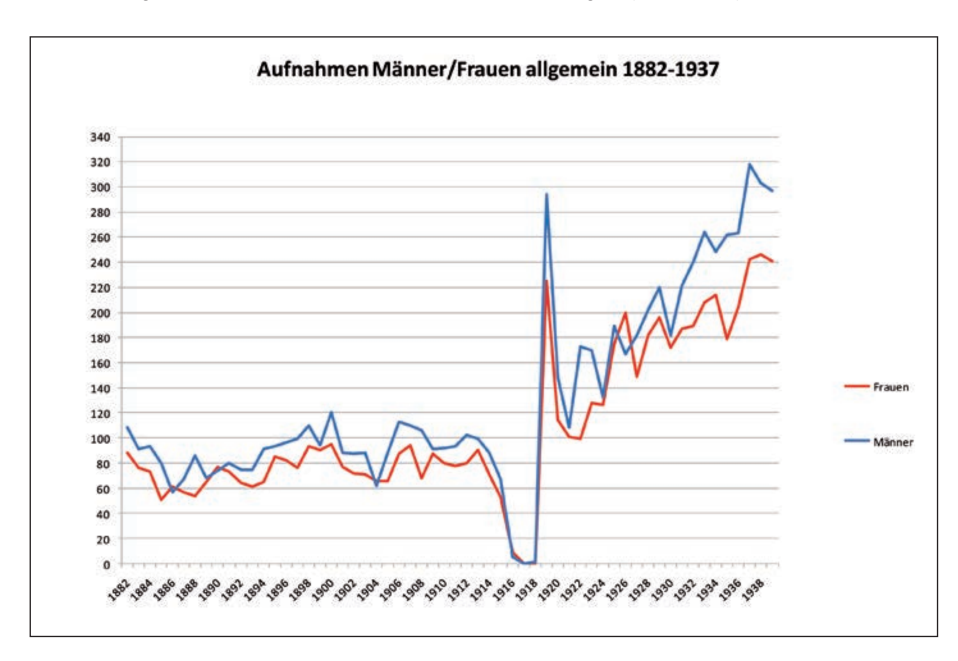
stalt Überstellten oder jene der LangzeitpatientInnen, die bis zu ihrem Tod in der Anstalt blieben. Selbstverständlich wirkte sich diese Praxis auf die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der PatientInnen aus, die nach Möglichkeit unter einem Jahr sein sollte. Um diese Vorgabe erfüllen zu können, wurden PatientInnen in andere Einrichtungen wie Versorgungshäuser oder Justizanstalten weiter überstellt oder nach kurzen Fristen erneut aufgenommen. Das Bild von der Bewegungslosigkeit, der Stagnation in der Anstalt (*„einmal rein nie wieder raus“*) muss also auch am Beispiel Pergines revidiert werden.

Die hier angeführten Auswertungsergebnisse bieten einen ersten Überblick zur Gruppe der Südtiroler PatientInnen, weitere Studien vor allem zu den umfassenden Wanderbewegungen zwischen den Anstalten und zu den spezifischen Problemen des Aufenthaltes der PatientInnen in einer sprachlichen, klimatischen und alltagsbezogenen Fremde sind noch notwendig. So schwierig es einerseits für die italienischsprachige Bevölkerung Tirols bis 1882 war, in Hall angemessen psychiatrisch versorgt werden, wo es nur einen *„Religionsunterricht für Italiener“* und einen des Italienischen einigermaßen mächtigen Direktor oder Sekundararzt gab, so fremd mussten sich anderseits die SüdtirolerInnen deutscher Muttersprache ab 1919 in der Anstalt Pergine fühlen. Der neu geschaffenen Provinz Bozen gelang im Laufe des 20. Jahrhunderts weder die Errichtung einer eigenen psychiatrischen Versorgungseinrichtung – abgesehen von jener für *„ruhige Geisteskranke“* in Stadlhof – noch die Anstellung von (landes)eigenem Personal in den Leitungsfunktionen der Anstalt Pergine, noch die Realisierung einer anderen Form einer zufriedenstellenden landesweiten psychiatrischen Versorgung.

Dass neben der psychiatrischen Unterversorgung das Problem der sprachlichen und kulturellen Fremdheit lange aktuell blieb, belegt die Bitte des Südtiroler Landeshauptmannes Silvius Magnago an seinen Trentiner Amtskollegen Bruno Kessler aus dem Jahr 1972, er möge sich doch im Zuge der Neuordnung Pergines für die Errichtung eines eigenen Gebäudes für die deutschsprachigen PatientInnen unter Aufsicht eines möglichst Deutsch sprechenden Personals einsetzen.[3] Wie auch das Schicksal der nach 1945 in den deutschen Heilanstalten verbliebenen *„OptantInnen“* zeigt, war das Interesse der Südtiroler Behörden für die eigenen PatientInnen aber eher verhalten.



Grafik 2: Diagramm der Aufnahmen von Südtiroler/innen in Pergine (1882–1937)



Grafik 3: Diagramm der Aufnahmen Männer/Frauen allgemein in Pergine (1882–1937)

Anmerkungen

1 Archiv des O.P. Pergine, Krankenakten Nr. 5578/1920 Anna A.; Brief des Ehemannes Josef A. an die Direktion der Anstalt Pergine, 20.8.1920.

2 Dazu siehe die archivarisch belegten Fallbeispiele bei: Ficco, Felice, Centri privati per la custodia dei mentecatti nel Trentino dell'Ottocento. "Le case dei matti" del Basso Sarca, in: Dietrich-Daum, Elisabeth / Taiani Rodolfo (Hg.), Psychiatrielandschaft / Oltre il manicomio. Themenheft der Zeitschrift „Geschichte und Region / Storia e regione" 17/2, Innsbruck-Wien-Bozen 2008, S. 68-82.

3 Südtiroler Landesarchiv, Südtiroler Landesregierung, Abt. VIII, Bestand Handakten Pantozzi, Karton 3.

Allgm. Krankenhaus Innsbruck.

Neurologisch-psychiatrische Klinik und Abtheilung.

Eintrittstag: 16. I. 03

Ambulant 1917

Klinische Diagnose:

Conträre Sexualempfindung

Austrittstag: 28. II. 03.

geh.	geb.	ungeh.	tsfr.	gest.
	/			

Name	Alter	Stand	Beschäftigung	Wohnort	Geburtsort	Zuständigkeitsort
[redacted]	28	l	Schatzhalter	Fiume	Fiume	

Anamnese (aufgenommen mit Pat.):

Vater † an einer Brustkrankheit, die Mutter † an [illegible] Nieren-
entzündung. 3 Geschwister, 2 leiden an Gelenkrheumatismus,
1 Schwester gesund. Geschwister alle normal, auch in der Ver-
wandtschaft keine Geistes- od. Nervenkrankheiten.
Pat. überstand mit 6 J. Typhus. Er sei von früher Jugend
[illegible] leicht erlegen gewesen. Hat in der Schule gelernt,
nur mit Nachhilfe, hat aber alle Prüfungen be-
standen, einige sogar mit Auszeichnung.
Pat. hat öfter Kopfschmerzen bestehend in [illegible]

Abb. 28: Krankenakte aus dem Bestand der Neurologisch-Psychiatrischen Klinik Innsbruck (1903 f.)

Michaela Ralser

Leibsprechen und Wahrsagen

Das Kürzel „Hy“ und die weibliche Stimme der Kranken um 1900

All die plastischen Symptome, die wir heute als besondere Leiden der Seele, die den Körper zum Austragungsort nehmen, den psychosomatischen Krankheitspanoramen oder den somatischen Neurosen zuordnen würden, hatten in den Anfangsjahren der Innsbrucker Klinik für Neurologie und Psychiatrie nur einen Namen: Hysterie. Die Diagnose *„Hysterie“* war – bezogen auf die Innsbrucker Klinik der Gründerjahre (1891–1918) – die weitaus häufigste Bezeichnung, welche die ‚Nervenkrankheit' der Frau bezeugen sollte, derart, dass sie als einzige von allen Diagnosen ein Kürzel erhielt: die Silbe *„Hy“*.

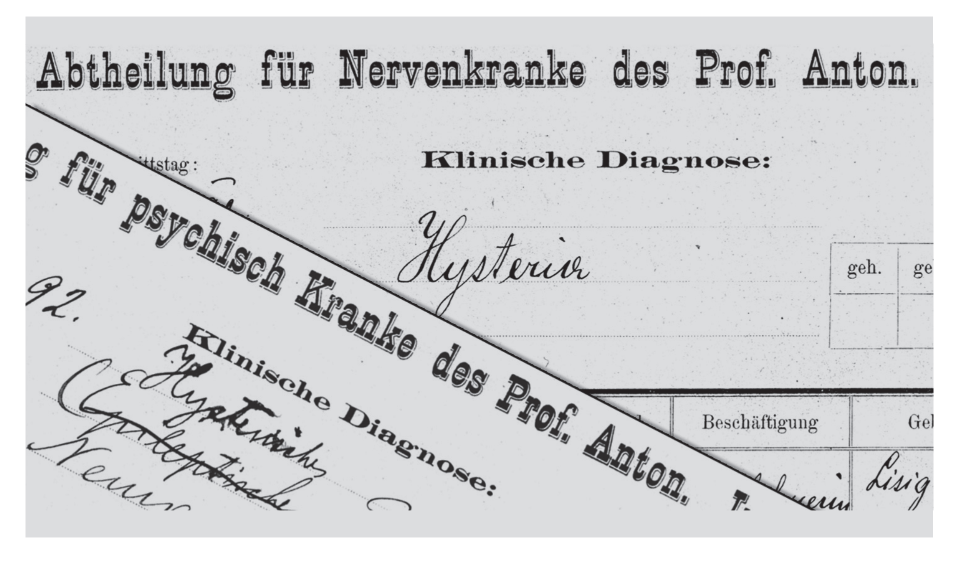


Abb. 29: Montage von Deckblättern von Krankenakten (1890er Jahre)

Über 40 Prozent der in den Anfangsjahren in die Innsbrucker Neurologisch-Psychiatrische Klinik eingewiesenen Frauen wurde mit der Diagnose *„Hysterie“* oder mit einer ihrer Unterformen und Gliederungen versehen.[1] Das Kürzel *„Hy“* am Aktendeckel wurde bald für so verschiedene Leiden verwendet, dass allein das weibliche Geschlecht der eingewiesenen Frauen die Sammelbezeichnung zu rechtfertigen schien. *„Hysterie“* war der Name etwa für die 18-jährige *„Arbeiterin“* aus Asolo, der bei der Arbeit in der Fabrik immer wieder die *„Beine versagten“*, ohne dass dies zu erklären gewesen wäre (Th. P. 12/1894)[2] ebenso wie für die 56-jährige *„Tagelöhnerin“*, die an *„Verstimmtheit und Angstzuständen litt“* (A. L. 7/1893); oder auch für die 20-jährige Kreszenz R. aus Aschau bei Schwaz, bei der nach einem sexuellen Übergriff eine plötzliche *„Aphonie“* (Taubheit) eintrat, nachdem *„Krämpfe schon seit früher Jugend bestanden“* haben sollen (K. R. 6/1892). *„Hysterie“* auch der Diagnose-Name für die 16-jährige *„Bauernmagd“* Waltraud O., die über *„ein Jahr an Anfällen mit völliger Bewusstlosigkeit gelitten hat, die zuletzt und über Wochen täglich auftraten“* (W. O. 1/1893) und für die *„Näherin“* aus Reutte: ihr ging die Stimme nach längerer unerklärlicher Heiserkeit über Monate ganz verloren, wie auch der 40-jährigen *„gewesenen Lehrerin“* aus Mieming in Tirol, bei der noch *„Urinverhalten“* und eine *„halbseitige Lähmung“* hinzukamen, wofür ein somatischer Grund nicht auffindbar war (M. M. 12/1891); ebenso wenig wie für das *„Magenleiden“* der jungen Klosterfrau, der vor *„allerlei Nahrung ekelte“* und die zuletzt nur noch ein *„paar Löffel Kaffee“* zu sich nehmen konnte (M. K. 4/1895:). *„Hysterie“* war auch die Diagnose für eine der wenigen überlieferten Erste-Klasse-Patientinnen, Laura T., eine *„Morphinistin“*, wie es hieß, aus Pergine im heutigen Trentino, die an Entzugserscheinungen litt (L. T. 7/1905).

Darüber, was die Frauen zu diesen Körperreaktionen veranlasste, erfahren wir aus den Krankenakten der Klinik nichts. Der Plot der Krankengeschichte ist dürftig, die Erzählung karg. Was die Patientinnen dachten, was sie empfanden und sie bewegte, darüber wird nicht berichtet oder nur in knapper Parenthese. Traumatische Lebensereignisse, die eine Begründung für ihre Leiden hätten liefern können, wurden ebenso wenig berücksichtigt wie die anamnestisch erhobenen Lebensdaten der Patientinnen als Erkenntnisspur genutzt worden wären. Dafür, dass der Körper der Frauen hier nicht nur als Träger eines Nervenleidens, sondern selbst als Erzähler einer Geschichte auftritt und dass er in seiner Leibsprache die Lücke, die das sprechende Bewusstsein hinterlässt, auffüllt und ‚wahr‘ spricht, was un-

sagbar ist, hatte die Jahrhundertwendepsychiatrie keine Anschauung. Und dies nicht etwa, weil die Erkenntnis um 1900 nicht vorhanden gewesen wäre – Pierre Janets (1889) und Sigmund Freuds (1895) Arbeiten zur traumatischen Neurose und zur Hysterie lagen bereits vor –, sondern weil die Innsbrucker Neurologisch-Psychiatrische Klinik wie die meisten anderen Universitätskliniken der Zeit der biologischen Richtung der Psychiatrie verpflichtet war. Alle Seelenleiden galten als Krankheiten des Gehirns und des Nervensystems, alle erfolgversprechenden akademischen Unternehmungen galten der Neuropathologie und Nervenanatomie. Schließlich waren sowohl der erste Innsbrucker Klinikleiter Gabriel Anton (1858–1933), als auch der zweite und langjährige Vorstand der Abteilung, Carl Mayer (1862–1936), Schüler des Wiener Hirnanatomen Theodor Meynert (1833–1892), und beide privilegierten die vererbungs- und evolutionstheoretisch inspirierte klinische Richtung, die der Psychiatrie den Anschluss an die pathologische Anatomie verschaffen und sie als exakte, empirisch orientierte und experimentell operierende Wissenschaft ausweisen sollte. Am deutlichsten kommt diese Orientierung in der Innsbrucker klinischen Praxis wohl darin zum Ausdruck, dass an den Patienten und Patientinnen der Jahrhundertwende eine vergleichsweise große Anzahl an neuro-diagnostischen Untersuchungen vorgenommen wurde. Mit al-

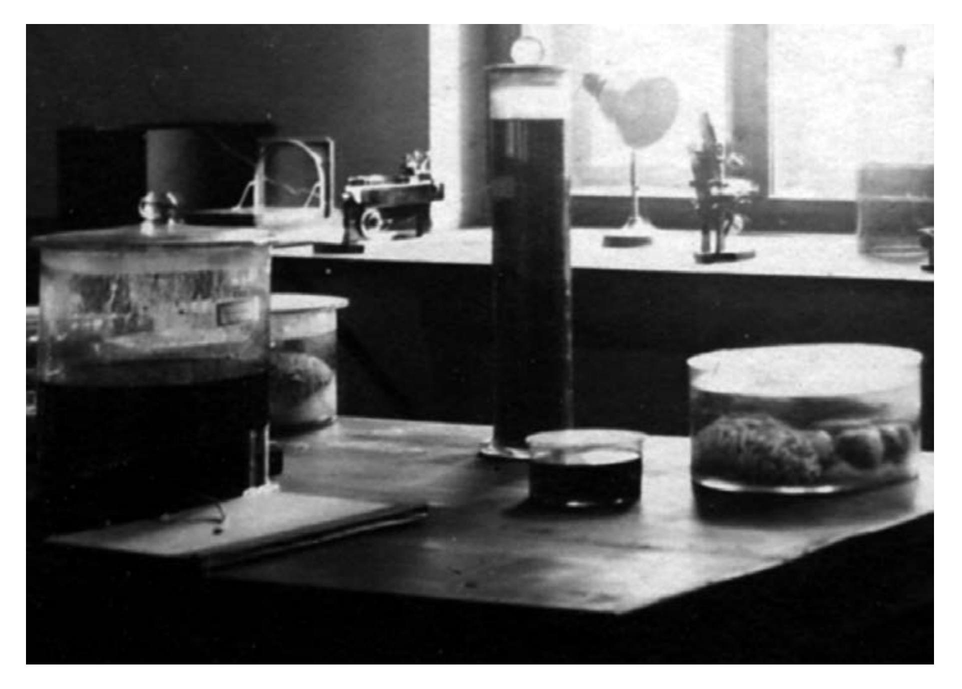


Abb. 30: Gehirnpräparate im Labor der Neurologischen Klinik Innsbruck der Gründerjahre

lerlei Hilfsmitteln und elektrischem Gerät wurden die Funktionen der Hirnnerven untersucht, die Reflexe getestet, die Motorik geprüft und die Sensibilität auf Reize erfasst. Durchwegs nimmt die Schilderung des *„status somaticus"* gegenüber allen anderen Krankenakteneinträgen, auch gegenüber dem *„status psychologicus"* (meist entfällt dieser ganz) den breitesten Raum ein. Elektrischer Strom in all seinen schwachen Formen bildete – auch und gerade bei Hysteriepatientinnen – nicht nur den Schlüssel der Diagnoseverfahren, sondern bald auch der Behandlungsmethoden. Der Erfolg der elektrotherapeutischen Faradisationen und Bäder bleibt fraglich. Die Akten geben dazu unterschiedlichste Auskunft.

Eines aber änderte sich: Konkurrierte in den allerersten Jahren nach Klinikgründung (1891) noch die ältere Auffassung der Hysterie als Funktionsstörung des weiblichen Sexualapparats (den meisten Hysterie-Patientinnen wurde während ihres Psychiatrieaufenthalts eine gynäkologische Untersuchung verordnet) mit der neueren Auffassung der Hysterie als Funktionsstörung der Nerven, so verschaffte sich um 1900 die Sprache der Nerven eindeutig soziale Geltung, wie zu zeigen sein wird: bei den Behandelnden ebenso wie bei den Kranken, bis etwa ab den 1910er Jahren die *„Hysterie"* dann nur noch als Ergebnis einer nervösen Disposition und als Ausdruck einer allgemeineren Degeneration des Nervensystems erscheint. Dann wird sie zu einer generalisierten Diagnose der unteren Klassen. Zum ersten Mal in der Geschichte geht das Krankheitsbild darin signifikant über das weibliche Geschlecht hinaus. Auch einige Männer der Unterklasse wurden mit der Diagnose Hysterie versehen wie später die einfachen Soldaten, die als sogenannte *„Kriegszitterter"* anzeigten, dass die Front des Ersten Weltkriegs nicht zu ertragen war.

Je deutlicher sich die Innsbrucker Klinik der modernen Psychopathologie der Nervenkrankheit anschließt, umso deutlicher verändern sich nicht nur die klinische Sprache der Ärzte, ihre Untersuchungsverfahren und Diagnosemittel, sondern es verändern sich auch die Sprachformen der Patientinnen und ihre Symptome. Beschrieben die Frauen mit der Diagnose Hysterie am Anfang der Klinik vor allem den Schmerz als herausragendes Symptom, so werden sie – sich den Zeiten anpassend – wenig später vor allem die (Nerven)Schwäche betonen. Und waren ihre Anfangsdeutungen noch der *„Magie des Körpers"* (Duden 1987) verpflichtet und sie selbst dem *„gefühlten Körper"* (Schmitz 1965) und einer *„leibhaft vorgestellten Seele"* (Böhme 2003) verbunden, werden sie dies in den Jahren nach 1900 in den meisten Fällen bleiben lassen und den Kopf und das Gehirn, die

Nerven und die Erregung für ihren Zustand verantwortlich machen. Erstreckte sich der ‚psychosomatische' Schmerz – das häufigste Krankheitszeichen der frühen *„Hysterie"* an der Innsbrucker Klinik – in den 1890er Jahren noch auf den ganzen Körper und konnte er im Verdauungstrakt, im Kreuz, in den Beinen und Armen seinen Sitz haben und diese ohne organischen Befund funktionsunfähig machen, so verlagerte er sich mit den Jahren immer mehr in den Kopf: von der *„Schwere des Kopfes"* war dann die Rede, von seinem *„dumpfen oder stechenden Schmerz"* und von veränderten Sinneswahrnehmungen, den vorübergehend tauben oder sausenden Ohren, dem plötzlichen Verlust der Sehkraft und der Stimme, dem großen und kleinen Schwindel etc. Entsprechend wurden bald auch die Gefühlslagen der Innsbrucker Patientinnen von diesen mit der Metapher der Nerven belegt: so sagt eine von ihnen, ihr kämen *„die Nerven ganz durcheinander"*, einer anderen *„traten sie aus dem Kopf"*, in dem *„ein Gesause war, wie wenn Maschinen darin wären"*, eine dritte meinte, *„in den Nerven sei es ihr ganz furchtbar gewesen"*, sie hätte darüber *„alle (Nerven) verloren"*; und eine vierte, die Nerven seien *„ganz ohne Spannkraft und sie selbst deshalb kaum noch am Leben"*. Viele beschrieben ab nun das Ereignis, dem sie für ihre Erkrankung Bedeutung zumaßen, als *„Nervenschlag"*, und nicht wenige erbaten eine – zur damaligen Zeit



Abb. 31: Hörsaal mit Vorführbett in der Psychiatrischen Klinik Innsbruck (ohne Datum)

heftig in öffentlicher Debatte stehende – Hypnosebehandlung mit den Worten, man möge ihnen doch einen *„Nervenschlaf"* verabreichen. Hier wird deutlich, dass sich die Frauen die dargebotenen Begriffe und Konzepte aneigneten und sie adaptierten; umgekehrt aber auch, dass sie ihre Erfahrung in die Sprache und damit auch in die Erfahrungswelt der psychiatrischen Klinik transferierten und den Körper – dem Wissensstand der Zeit entsprechend – als elektrische Maschine zu fassen begannen, als dessen funktionale Teile die moderne Klinik die Nerven- und Nervenzellen bestimmt, als deren organisierendes Haupt sie das Gehirn angenommen, als Verbindungsmedien in den Nerven sie die Elektrizität festgestellt und schließlich als Bewegungsmotor sie das Schema von Reiz und Reaktion (Hagner 1997) angegeben hatte.

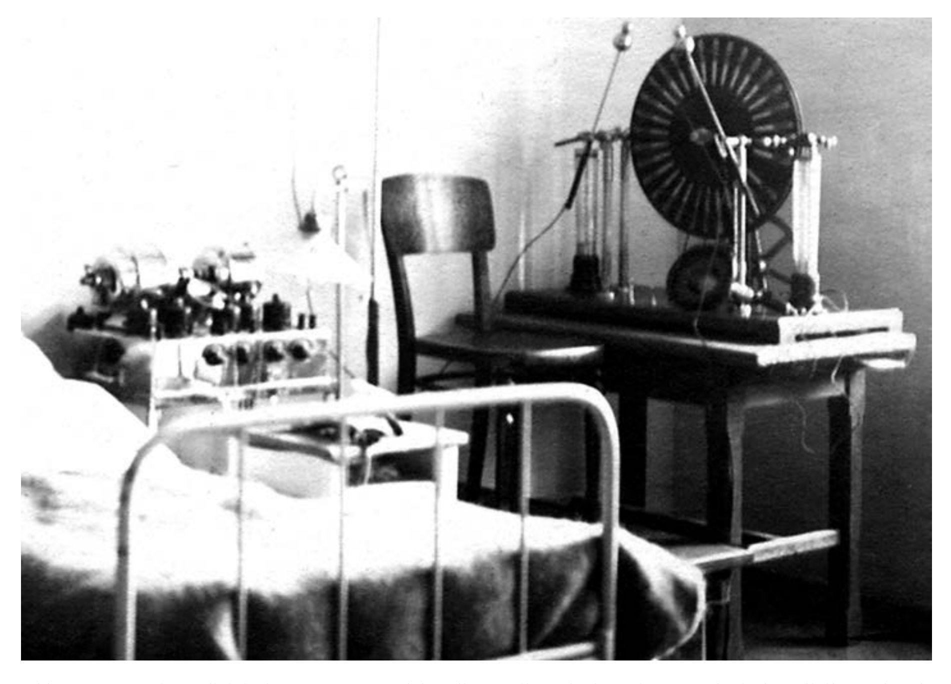


Abb. 32: Bett mit medizinischem Gerät zur Elektrodiagnostik und -therapie, Neurologische Klinik Innsbruck (ohne Datum)

Dem Wandel des Krankheitsbildes der Hysterie zur Nervenkrankheit mag strategische Bedeutung und besondere Beweiskraft zukommen. Allerdings verweist der am Beispiel der *„Hysterie"* gezeigte Prozess auf einen allgemeineren Vorgang: jedes Krankheitsbild ist auf allen Ebenen, die es bilden, wandlungsfähig, seine breite Durchsetzung in der jeweils aktuellsten Fassung ist ein Prozess. Dieser Pro-

zess verdankt sich unter anderem auch der öffentlichen Klinik, die erstmals massenhaft Interaktionen zwischen bürgerlichen Ärzten und ihrem nicht bürgerlichen Klientel erzeugte. Wie alle öffentlichen Krankenhäuser war auch die Innsbrucker Neurologisch-Psychiatrische Klinik um 1900 durch eine soziale Außen- und Binnendifferenzierung (Labisch / Spree 1996) gekennzeichnet. Wer konnte, wie etwa Angehörige der bürgerlichen Mittel- und Oberschicht, zog der öffentlichen Krankenanstalt das Privatkrankenhaus und -sanatorium vor oder beanspruchte in der Klinik das für Erste- Klasse-PatientInnen bereit stehende Einzelzimmer. Dass die soziale Schichtung an der Innsbrucker Psychiatrie nicht umstandslos zum Tragen kommt – immer wieder wurden auch MittelschichtspatientInnen aufgenommen, oft unfreiwillig – ändert nichts an der Tatsache, dass die meisten PatientInnen kleine Handwerker, Kleinstbauern und -bäuerinnen, TagelöhnerInnen und DienstbotInnen waren. Das galt ausnahmslos auch für die mit der Diagnose *„Hysterie"* versehenen Frauen.

Zwei Dinge erweisen sich in diesem Zusammenhang als besonders interessant: Am Beispiel der Innsbrucker Klinik lassen sich die Ergebnisse neuerer empirischer Arbeiten zur Hysteriegeschichte bestätigen[3] und ältere kulturgeschichtliche revidieren.[4] Dass hysterische Phänomene nur bei bürgerlichen Frauen vorkämen, ist der privilegierten Repräsentation ihrer Geschichte(n) mehr geschuldet als der historischen Realität. Auch wissen wir über die Interaktion zwischen Hysteriepatientinnen und ihren Behandlern meist nur aus den in publizierter Form überlieferten Fallgeschichten bedeutender (bürgerlicher) Patientinnen und namhafter Ärzte, die meist ausschließlich oder zusätzlich zu ihrer Arbeit in der öffentlichen Klinik eine Privatpraxis oder ein -sanatorium betrieben. Dass sich dieser ungleiche Dialog auch zwischen ärztlichem Mainsteam und nicht-bürgerlichen Patientinnen ereignete, beweisen die Innsbrucker Quellen und wurde oben am Beispiel der Hysteriepatientinnen der Innsbrucker Klinik darzustellen versucht. Und dieser Dialog ist kein Privileg der sozial Gleichen. Nicht nur, dass der psychiatrische Diskurs um 1900 weit über die Anstalt und die Klinik hinaus wirksam wurde und breite Bevölkerungsgruppen ergriffen hat, es vollzog sich mit dem Eintritt der Psychiatrie in den Kanon der Medizin ein noch entscheidender Prozess: Das Krankenhaus mit seiner sozialen Außendifferenzierung wird zur medikalen Sozialisationsinstanz der unteren Klassen, mit weitreichenden Folgen und zumindest einer Wirkung um 1900, die hier noch benannt werden soll: Krankheitsbilder wie etwa die ursprünglich (bildungs-)bürgerliche männliche *„Neurasthenie"*, die einzelne hysterische Krankheitszeichen auf sich vereinen und

einem Geschlechterwandel unterziehen wird, wurde in den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts als klinische Beschreibungsform für die verschiedensten *„nervösen"* Leiden auf die gesamte Population ausgedehnt. Allerdings geschah dies um den Preis einer artungs- und degenerationstheoretischen Verengung der derart generalisierten Diagnose. *„Hysterie"* und *„Neurasthenie"* werden in ihrer neuen Fassung und Mischform aus *„hysterischer"* und *„neuropathischer Persönlichkeit(sstörung)"* zu sozialen Pathologien. Galt die *„Hysterie"* und *„Neurasthenie"* im ausgehenden 19. Jahrhundert noch als Deutungsressource für die Konflikte einer bürgerlichen Klasse, geraten beide an der Wende zum 20. Jahrhundert und darüber hinaus immer deutlicher zu Beschreibungsformen sozialer Abweichung: gleichsam zu Negativfolien bürgerlicher Existenz.[5]

Anmerkungen

1 Die Diagnose *„Hysterie"* wurde an der Innsbrucker Psychiatrie über die gesamte Spanne des Untersuchungszeitraums (1891–1918) gestellt: Anfangs etwas häufiger als zuletzt. Etwa ab 1905 kam sie auch bei Männern zur Anwendung, wenn auch sehr selten. In den Schlussjahren wurde sie immer häufiger auch bei weiblichen Kindern und Jugendlichen eingesetzt: in einer Mischform aus *„hysterischer"* und *„psychopathischer Persönlichkeit(sstörung)"*. Keine andere Diagnose erreichte auch nur annähernd dieselbe Häufigkeitsverteilung. Das mag u.a. auch mit der Aufnahmepolitik einer Universitätsklinik zusammenhängen. Eine entsprechende Recherche etwa an der Psychiatrischen Anstalt in Hall i. Tirol der Jahrhundertwende zeigt: Die Diagnose Hysterie kommt zwar auch in der Anstalt nicht selten vor, zum weiblichen Hauptklientel der Anstalt aber zählt die Hysterikerin im Unterschied zur Klinik nicht.

2 Alle Kursiv-Zitate im vorliegenden Artikel entstammen den Krankenakten der Innsbrucker Neurologisch-Psychiatrischen Universitätsklinik der Gründerjahre. Sie lagern seit einiger Zeit – nach Geschlecht und Einweisungsjahr geordnet – im Tiroler Landesarchiv. Die Namen im Fließtext sind, um die Anonymität der Betroffenen zu garantieren, verändert. Zur Auffindbarkeit der Akten dienen die Nachweise in Klammern: sie geben die korrekten Initialen der Vor- und Nachnamen der Patienten und Patientinnen an, sowie Monat und Jahr der Einweisung.

3 Miscale, Mark S., Approaching Hysteria. Disease and its Interpretations, Princeton 1995; Lerner, Paul, Hysterical Men. War, Psychiatry and the Politics of Trauma in Germany 1890–1930, London 2003; Nolte, Karen, Gelebte Hysterie. Erfahrung, Eigensinn und psychiatrische Diskurse im Anstaltsalltag um 1900, Frankfurt am Main 2002; Ralser, Michaela, Leibsprechen und Wahrsagen, in: Ralser, Michaela, Das Subjekt der Normalität. Das Wissensarchiv der Psychiatrie. Kulturen der Krankheit, München 2010.

4 Fischer-Homberger, Esther, Krankheit Frau. Zur Geschichte der Einbildung, Darmstadt 1984; Von Braun, Christina, Nicht Ich. Logik – Lüge – Libido, Frankfurt am Main 1985; Von Braun, Christina, Frauenkrankheit im Spiegelbild der Geschichte, in: Akashe-Böhme, Farideh (Hg.), Von der Auffälligkeit des Leibes, Frankfurt am Main 1995; Von Braun, Christina, Männliche Hysterie – weibliche Askese, in: Von Braun, Christina, Die schamlose Schönheit des Vergan-

genen, Frankfurt am Main 1989, S. 51-81; Didi-Hubermann, Georges, Erfindung der Hysterie, München 1997 [1982]; Bronfen, Elisabeth, Das verknotete Subjekt. Hysterie in der Moderne, Berlin 1998; Siedler, Günther (Hg.), Hysterie heute. Metamorphosen eines Paradiesvogels, Gießen 2001; Lamott, Franziska, Die vermessene Frau. Hysterien um 1900, München 2001; Ralser, Michaela, Die Seele ist (k)ein weites Land. Zaunreiterinnen in den Gärten der Vernunft, in: Pöder, Elfriede u.a. (Hg.), Das Geschlecht, das sich (un)eins ist, Innsbruck 1999, S. 88-109; Schaps, Regine, Hysterie und Weiblichkeit. Wissenschaftsmythen über die Frau, Frankfurt am Main 1982; Israel, Lucien, Die unerhörte Botschaft der Hysterie, München-Basel 1993 [1976]; Showalter, Elaine, The Female Malady. Women, Madness and English Culture 1830–1980, New York 1985; Showalter, Elaine, Hystorien. Hysterische Epidemien im Zeitalter der Medien, Berlin 1997; Schlichter, Annette, Die Figur der verrückten Frau. Weiblicher Wahnsinn als Kategorie feministischer Repräsentationskritik, Tübingen 2000.

5 Vgl. dazu im Detail: Ralser, Michaela, Das Subjekt der Normalität: Wissensarchiv der Psychiatrie. Kulturen der Krankheit um 1900, München 2010, S. 221-310.



Abb. 33: Historische Bibliothek des Landeskrankenhauses Hall (2011)

Ursula A. Schneider / Annette Steinsiek

„Die Lektüre der Pfleglinge“

Ein literaturwissenschaftlicher Blick auf die historische Bibliothek des Psychiatrischen Krankenhauses Hall[1]

„Die Lektüre der Pfleglinge ist durch die Aerzte sorgfältig zu überwachen“, beginnt der § 89 der *„Hausordnung“,* einem Abschnitt der *„Normen für die Tirolischen Landes-Irrenanstalten“* von 1910, und weiter:

„Die Zeitungen werden erst, nachdem ihre Zensur durch die Aerzte stattgefunden hat und die aus irgend einem Grunde anstößigen Abschnitte daraus entfernt worden sind, in der vom Direktor angeordneten Weise von den Oberpflegern auf die einzelnen Abteilungen verteilt. Die Auswechslung der Bücher findet in den durch die Bibliotheksordnung festgesetzten Stunden stets nur auf Grund von Anweisungen statt, welche die Unterschrift des Abteilungsvorstandes tragen. Für die Instandhaltung und Ergänzung der Bibliothek hat der vom Direktor zur Verwaltung der Bibliothek bestimmte Arzt unter Beihilfe einer Pflegeperson zu sorgen.“

Ähnliches ist in § 32 der *„Besonderen Dienstesanweisung für die Oberärzte (Abteilungsvorstände)“* zu lesen:

„Namentlich der Lektüre der Kranken hat er seine Aufnerksamkeit zuzuwenden und stets dafür zu sorgen, daß jedem Kranken nur derjenige Lesestoff zugänglich gemacht werde, der seinem jeweiligen geistigen Zustande entspricht; er hat daher auch die ihm zur Bestätigung vorgelegten Bibliotheksanweisungen einer sorgfältigen Prüfung zu unterziehen.“[2]

Die Verbindung von Literatur und psychischer Gesundheit im Kontext des Krankenhauses war zu dem Zeitpunkt nichts Neues. Von den ersten psychiatrischen Krankenhäusern in Deutschland, England, Frankreich, Schottland und den USA im 18. und 19. Jahrhundert hatten einige bereits Bibliotheken. Das Lesen wurde als Therapie verordnet – *„Bibliotheksdienstleistungen [waren] tatsächlich ein signifikanter Teil der therapeutischen Programme für psychisch Kranke*."[3] Die theoretische Grundlegung von medizinischer Seite hatte im frühen 19. Jahrhundert begonnen. In der medizinischen Abteilung der historischen Bibliothek enthalten ist etwa die grundlegende Arbeit von Johann Christian Reil: *„Rhapsodieen über die Anwendung der psychischen Curmethode auf Geisteszerrüttungen"* (1803), in der sich der Autor für eine Humanisierung der Behandlung psychisch Kranker ausspricht und Ansätze zu Therapieformen wie etwa dem heute so genannten „Psychodrama" formulierte. Über *„Sprache und Schrift"* schreibt Reil auf Seite 212: *„Durch sie suchen wir den Vorrath der Ideen des Kranken zu vermehren, die vorhandenen zu berichtigen, und dies auf eine Art, wie es dem Zwecke der Correction seiner Seelenvermögen angemessen ist."* Beschreibungen und architektonische Pläne von „Irrenanstalten" innerhalb und außerhalb Europas aus dem 19. Jahrhundert sahen Bibliotheken vor. Besonders zu erwähnen ist hier Maximilian Jacobi: *„Über die Anlegung und Einrichtung von Irren-Heilanstalten. Mit ausführlicher Darstellung der Irren-Heilanstalt zu Siegburg"* von 1834, der auf drei Seiten (289-291) sogar die zum Gebrauch für die PatientInnen angemessenen Bücher auflistet. Von bibliothekarischer Seite wurden die ersten Berichte über den therapeutischen Wert von Bibliotheken in Krankenhäusern in England 1895, in Deutschland 1907 und in den USA 1911 vorgelegt.[4]

Zu den frühen Argumenten für das Lesen von Belletristik in psychiatrischen Einrichtungen zählten Beschäftigung, Bildung, das Vertreiben von *„morbiden Gedanken",* Beruhigung sowie die Möglichkeit, mit dem Leihverkehr und dem Gespräch über Bücher Kontakt zu den PatientInnen aufzubauen und zu pflegen. „Bibliotherapie" konnte und kann unterschiedlich ausgelegt werden, von einer einfachen Empfehlung („Dieses Buch könnte Ihnen gut tun") bis hin zur Empfehlung einer intellektuellen Auseinandersetzung, die – im Sinne von Literatur als Spiegel einer Gesellschaft – den Lesenden nachvollziehbar macht, welche Zwänge in einer Gesellschaft herrschen. Bibliotherapeutische Konzepte setzen auf Sinngebung, Trost oder Selbstverwirklichung, aber auch auf Katharsis im literaturtheoretischen Sinne („blockierende Emotionen sollen durch Wiedererleben erkannt und gelöst werden").[5]

Im Folgenden werden erstmals Forschungsergebnisse zur historischen Bibliothek des LKH Hall in Tirol präsentiert.[6] Die historischen Akten des LKH und die Akten, die im Tiroler Landesarchiv aufbewahrt werden, geben keine Informationen über die Bibliothek. Es gibt also keine Hinweise zu Ankaufspolitik, Zeitpunkt und Art der Erwerbungen oder das Aussondern von Büchern. Ein Erfolg im Zuge der systematischen Erschließung war das Auffinden von vereinzelten Katalogen und Leihbüchern. Wesentlich für die Interpretation von Geschichte und Funktion der Bibliothek ist die Rekonstruktion der historischen Signaturreihen, die vorsichtige Rückschlüsse auf ehemals vorhandene Bücherbestände erlaubt.

Ein alter Mann war da, der von Neu-Seeland gekommen war, um in London das Geld anzulegen, das er in jahrzehntelanger Arbeit auf der südlichen Halbkugel verdient hatte. Ein anderer alter Mann war da, der seit vierzig Jahren (!) in diesem Hotel wohnte und das Geld verbrauchte, das sein Vater in den Kolonien verdient hatte. Er war Junggeselle und hatte in seinem Leben nie gearbeitet. Ausgezeichnet! So soll's sein

Dann traf ich ein paar ältere Frauen. Sie waren Witwen englischer Kolonialbeamter. Ihre Männer hatten in Indien Dienst gemacht und waren gestorben. Die Witwen kehrten zurück nach England. Sie mieteten sich ein in diesem kleinen Hotel, um den Rest ihres Lebens dahinzuvegetieren. Sie hatten keine Freunde in England. Jahrzehnte hatten sie in den Kolonien und Dominions verbracht. Die Beziehungen zu London und zur Heimat waren verlorengegangen. Niemand kümmerte sich um sie. Von diesen Frauen gibt es in Londoner Hotels Tausende. Sie haben ihre Schuldigkeit getan u. brauchen nicht mehr zu sorgen

ruhig zu genießen

Abends versammelten sich diese „Fremde in der eigenen Heimat" vor den Kaminfeuern im Damenzimmer oder im Rauchsalon. Sie unterhielten sich — wie alle Engländer es tun — über das Wetter und über ihre Verdauung. Mitunter kam eine kurze Unterhaltung über ihre Erlebnisse auf. Aber sie starb bald wieder ab. Es war eine unsagbar müde Atmosphäre.

Oft spielten sie Bridge. Sie versuchten, in ihrem kleinen Kreise sich gesellschaftsmäßig zu benehmen. Bei diesen Gelegenheiten trugen die Frauen Abendkleider, und einer der alten Herren erschien Abend für Abend ab 6 Uhr im Smoking. Er ging nie aus. Zwischen den abgeschabten Möbeln und in den engen Räumen dieses Hotels kam er mir stets vor wie ein Gespenst. Weil er sich anständig anzog zum Essen?

Abb. 34: PatientInnenkommentare in einem Buch der PatientInnenbibliothek Hall (ohne Datum)

Der zweite Direktor der 1830 gegründeten Anstalt, Johann Tschallener, erwähnt in seiner Beschreibung der Institution von 1842 bereits eine Bibliothek im ersten Stock des Hauses.[7] Spätestens 1846 wurde die Bibliothek professionalisiert, indem ein Katalog angelegt wurde. Kataloge, Listen und Leihbücher beweisen erst-

mals, dass die Bibliothek als Leihbücherei geführt wurde, wobei es sich einerseits um die medizinisch-psychiatrische Fachbibliothek für die Ärzteschaft handelte, andererseits der belletristische Teil vor allem für die PatientInnen vorgesehen war, doch auch von Ärzteschaft und Pflegepersonal genutzt wurde. Beide Bestände wurden lange gemeinsam geführt.

Ein dritter Bestand – er umfasst etwa 500 vor allem theologische Werke und etwa ebenso viele theologische Zeitschriften – wurde zunächst als Teil der PatientInnenbibliothek angesehen. Es handelt sich jedoch, wie Besitzeinträge für die rekonstruierte Signaturreihe ergeben, um die Nachlassbibliotheken der Anstaltsgeistlichen Nikolaus Recheis und Johann Rief. Nach dem Ableben von Recheis dürfte seine Bibliothek an seinen Nachfolger gegangen sein, und zu dessen Lebzeiten oder nach dessen Tod wurden Recheis' Bücherbestände samt denen von Rief in den institutionellen Gesamtbestand eingegliedert. Ein Gutteil der katholisch-theologischen und katholisch-weltanschaulichen Literatur (darunter auch einige antisemitische Hetzschriften) entstammt diesen Nachlassbibliotheken. Weder die Kapläne noch die geistlichen Schwestern hatten mit dem Betrieb der Bibliothek zu tun.[8] Die Identifizierung der theologischen Werke als vor allem aus den Nachlassbibliotheken der Kapläne stammend zeigt, dass der von der Institution angeschaffte Bestand an sich profaner angelegt war.

Eine Buchbinderei war zumindest eine Zeit lang im Haus. Hier wirkte – im Rahmen der Arbeits- und Beschäftigungstherapie – ein Patient. Doch auch in der Katalogisierung dürften PatientInnen im Rahmen einer Beschäftigungstherapie eingesetzt worden sein. Darauf verweisen laienhafte Zuordnungen in der medizinischen sowie die nicht gerade systematischen und konsequenten Einordnungen und Signierungen in der belletristischen Abteilung. In dieser gibt es hunderte Bücher, die vier verschiedenen Signaturreihen angehörten, dutzende Bücher tragen sogar fünf oder noch mehr Signaturen. Die meisten Signaturreihen wurden in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts angelegt. Die Bibliothek für die PatientInnen dürfte allgemein zumindest bis in die 1950er Jahre, vereinzelt bis in die 1970er Jahre benutzt worden sein, für die medizinische Abteilung gibt es Entleihkärtchen noch aus den 1980er Jahren. Da es ungeheuer aufwändig wäre, den Bestand zu bestimmten Zeitpunkten zu rekonstruieren, bezieht sich der folgende Streifzug durch die Bibliothek auf den heute vorliegenden Gesamtbestand.[9]

Die literarische Abteilung enthält Werke, die explizit der Erheiterung und Zerstreuung der PatientInnen dienten, u. a. *„Anecdotenjäger. Zeitschrift für das lustige Deutschland“* (Leipzig, vorhandene Jahrgänge 1845–1849). Auch die Un-



Die

österreichisch-ungarische Monarchie

in

Wort und Bild.

Auf Anregung und unter Mitwirkung

weiland Seiner kaiserl. und königl. Hoheit des durchlauchtigsten Kronprinzen Erzherzog Rudolf begonnen, fortgesetzt unter dem Protectorate Ihrer kaiserl. und königl. Hoheit der durchlauchtigsten Frau Kronprinzessin-Witwe Erzherzogin Stephanie.

Dalmatien.





Wien 1892.

Druck und Verlag der kaiserlich-königlichen Hof- und Staatsdruckerei.

Alfred Hölder, k. und k. Hof- und Universitätsbuchhändler.

Abb. 35: „Kronprinzenwerk": Dalmatien (1892), in der Historischen Bibliothek des Landeskrankenhauses Hall i. T. (2011)

terhaltungsliteratur verfolgte diesen Zweck, prominent aufgrund der Anzahl der Bände ist die Reihe *„Engelhorns Allgemeine Romanbibliothek. Eine Auswahl der besten modernen Romane aller Völker“* (98 Bände, 1884–1919). Einen markanten Bestand bilden die literarischen Reisebeschreibungen, die es den LeserInnen ermöglichten, sich imaginär durch die Welt zu bewegen und neue Eindrücke zu gewinnen. Darunter sind Werke von Friedrich Gerstäcker oder Sven Hedin und die von Joachim Heinrich Jäck herausgegebenen Bändchen *„Taschen-Bibliothek der wichtigsten und interessantesten Reisen“* durch Griechenland, die Türkei, Palästina, Persien, Ost-, West- und Südindien sowie durch *„Siebenbürgen, Moldau, Wallachey, Bessarabien, Bulgarien, Servien, Bosnien und Romanien“* (1831–1833). Zahlreiche mehr oder weniger wissenschaftliche geographische Werke, u.a. Alexander von Humboldts, boten ebenfalls die Möglichkeit zu Reisen im Kopf, wobei das prachtvolle „Kronprinzenwerk“ (eigentlich *„Die österreichisch-ungarische Monarchie in Wort und Bild“*, 24 Bände, 1885–1902) auch dazu diente, den Patriotismus zu fördern.
In das Genre der Reise- und Abenteuerliteratur fallen auch die Werke des Bestsellerautors Jules Verne. Es findet sich ein Panoptikum der deutschsprachigen Literatur des 19. Jahrhunderts, populäre Autoren wie Gustav Freytag, Felix Dahn oder der heute unbekannte, doch zu jener Zeit höchst erfolgreiche Friedrich Wilhelm Hackländer mit seinen Romanen sozialkritischer Tendenz; auch der Dichter und Bischof Johann Ladislaus Pyrker und der Tiroler Anhänger der 1848er-Revolution Adolf Pichler. Alle großen Namen sind vertreten: Klopstock, Kleist, Platen, Lenau, Heine, für „BildungsbürgerInnen“ dazu Shakespeare, Lessing, Goethe und – unangefochten – Schiller mit sämtlichen literarischen und historischen Werken; bei den Romantikern fällt das Primat von Wilhelm Hauff im psychiatrischen Kontext auf.[9]

Beinahe die gesamte literarische Moderne (Schnitzler, Kafka, Proust, Wilde, Thomas Mann usw.) sowie der Expressionismus fehlen. Dieser Befund korreliert mit dem in Studien festgestellten erlahmenden institutionellen Interesse an Anstaltsbibliotheken und deren bibliotherapeutischer Funktion gegen Ende des 19. Jahrhunderts.[11] Diese Entwicklung hat ihre Gründe einerseits in der zunehmenden Ver-(Natur-)Wissenschaftlichung der Psychiatrie, andererseits im Aufwand dieser Therapieform, die hohe Einsatzbereitschaft von Seiten der Ärzteschaft verlangt, die neben aller medizinischen Kompetenz auch über eine umfassende literarische Bildung verfügen muss. Diese Stagnation leistete offenbar einem konservativen literarischen Geschmack Vorschub, aus dessen Perspektive

die literarische Moderne mit ihrem Blick auf die Krise und die Krankheit der Zeit als solche als krank machend, als „krankhaft“ galt.

Im Profil zeigt sich die belletristische Abteilung ausgerichtet an einem deutschen Kanon. Das Fehlen von Ebner-Eschenbach wäre noch mit der Befürchtung zu verstören zu erklären, doch auch Stifter, von Saar und Grillparzer[12] sind nicht vorhanden. Im Bereich der Heimatliteratur ist Österreich ebenso schlecht vertreten – mit Ausnahme von Rosegger, von dem mehr als der einzelne Band vorhanden gewesen sein muss. Es kreuzen sich ideologische Linien: Eine kaisertreue, dann eine im Gefolge der 1848er Jahre typische bürgerliche und auch deutschnationale und schließlich eine ultramontan orientierte, die stark jesuitisch geprägt war. Dieser sind zahlreiche Broschüren zuzuordnen: Neben österreichischen Veröffentlichungen, etwa der Leo-Gesellschaft, finden sich zahlreiche Propagandaschriften des Berliner Germania-Verlages, mit antisemitischen und antisozialistischen Heftchen, Hetzschriften gegen die Freimaurer und – 400 Jahre nach dessen Wirken – gegen Luther.

In diesem Beitrag können aus Platzgründen weitere interessante Teile der Bibliothek nur aufgezählt werden: die historischen Werke, von Einzelstudien bis hin zu kompletten (Welt-) Geschichten;[13] die fremdsprachige Literatur, vor allem in italienischer[14], lateinischer, französischer und englischer Sprache – hier wurde die deutschsprachige stenographische Literatur zugeordnet; die über 100 Exemplare umfassende, vom Anstaltsdirektor Josef Offer angelegte Sammlung medizinischer Dissertationen aus den 1830er-Jahren; die wertvollen Stücke, angefangen von einer seltenen Hippokrates-Ausgabe von 1624 bis hin zu Erstausgaben von Freud; die Musikalien, von Noten für den Chor der Anstalt bis zu einem Klavierauszug von Mozarts Requiem von [1812]; die Bücher aus der Zeit und im Geiste des Nationalsozialismus; die ansehnliche Sammlung von Andachtsbildchen, die als Lesezeichen in den theologischen Büchern gedient hatten. Sach- und Fachbücher verweisen auf eine gewisse Bildungs- und Unterrichtstätigkeit und geben Aufschluss über die Arbeits- und Beschäftigungstherapie.

In zahlreichen Büchern finden sich Lesespuren. Selten sind sie so eindeutig einer Patientin, einem Patienten der Anstalt zuzuordnen wie die skrupulöse Zählung aller Wörter in den 15 Bänden von *„Jäcks Reisen“*. Es finden sich Mitteilungen von PatientInnen an den Bibliothekar oder an den Arzt. Der Eintrag in einem Ortsverzeichnis: *„Vorarlberg bleibt ungarisch“* dürfte jedenfalls nachfolgenden LeserInnen Vergnügen bereitet haben. Historisch spannend sind die Randbemerkungen in einem nationalsozialistischen Buch über England von 1939: Ist

im Buch zu lesen: *„Zivil erscheint für die Engländer [...] immer besser als die schönste Uniform"*, so glossierte der Patient (die Patientin?): *„Bravo!"*[15] Es gibt einige wenige Gedichte, die handschriftlich in Bücher – zumeist auf die Vorsatzblätter – geschrieben wurden, etwa das einer Patientin in einem Band des Tiroler Lyrikers Hermann von Gilm: *„Wo ist ein Mensch, der ohne Fehl und Sünd / Daß er Euch sagt, wie sehr Ihr – / Gilm verkennt! / Eine ‚ohne Namen'"*.

Da die ehemaligen Signaturen (wo vorhanden) mit katalogisiert wurden, ist es im Fall von Reihen oder Gesamtausgaben durch Rekonstruktion der alten Signaturreihen möglich, ehemals vorhandene Titel zu identifizieren. Die Frage, warum in einer Bibliothek, in der offenbar Wert auf Abenteuer- und Reiseliteratur gelegt wurde, ein Autor wie Karl May nur mit einem eher unbekannten Werk *(„Die Wüstenräuber")* vertreten ist, führte zu einer Analyse der vier historischen Signaturen in diesem Band. Zwei davon sind Reihensignaturen (544/34 und 433/43), die darauf hinweisen, dass es eine Reihe von zumindest 34 bzw. (zeitlich früher) 43 gleichartigen Bänden gegeben haben muss. Signatursuchen ergeben, dass von diesen Reihen nur mehr das vorliegende Buch vorhanden ist, was nahelegt, dass es sich bei den (mindestens) 43 Bänden um eine Karl May-Ausgabe gehandelt haben muss. Mancher Band mag zerlesen auseinandergefallen, manch anderer als „papierene Pille" mit nach Hause genommen worden sein.

Anmerkungen

1 Mit 1.1.2011 wurde das Psychiatrische Krankenhaus Hall Teil des neu geschaffenen Landeskrankenhauses (LKH) Hall. Deswegen wird die derzeit gültige Bezeichnung im Text übernommen.

2 Normen für die Tirolischen Landes-Irrenanstalten, Innsbruck 1910, S. 44f. und S. 82.

3 Richtlinien für Patientenbibliotheken und Bibliotheken für Senioren und Behinderte in Langzeitpflegeeinrichtungen. Zusammengestellt von einer Arbeitsgruppe unter Vorsitz von Nancy Mary Panella unter Schirmherrschaft der Sektion Bibliotheken für Benachteiligte Menschen. International Federation of Library Associations and Institutions IFLA, Professional Reports 98 (2006), S. 1, auf: http://archive.ifla.org/VII/s9/nd1/Profrep98.pdf.

4 Vgl. ebenda, S. 1f.

5 Vgl. Petzold, Hilarion G. / Orth, Ilse, Poesie- und Bibliotherapie. Entwicklung, Konzepte und Theorie – Methodik und Praxis des Integrativen Ansatzes. In: Petzold, Hilarion / Orth, Ilse (Hg.), Poesie und Therapie. Über die Heilkraft der Sprache. Poesietherapie, Bibliotherapie, Literarische Werkstätten (=Kunst, Therapie, Kreativität 2), Paderborn 1985, S. 21-101, hier S. 30 und S. 33ff.

6 Von Juni 2008 bis Oktober 2008 begann Ursula Schneider im Rahmen eines Excellentia-Stipendiums der Universität Innsbruck mit der Erschließung der Bibliothek. Nach Ende des

Projekts – die Erschließung war noch lange nicht abgeschlossen – setzten wir die Arbeit in der Freizeit fort, 2010 wurde die Fortsetzung der Erschließung vom PKH mit finanziert.

7 Tschallener, Johann, Beschreibung der k.k. Provinzial-Irren-Heilanstalt zu Hall in Tirol. Mit Rücksicht auf die Statuten der Anstalt, auf die therapeutischen und psychologischen Grundsätze der Behandlung der Geisteskranken und auf ihre achtjährigen Resultate. Mit 19 Krankengeschichten und verschiedenen Andeutungen zum Wohl dieser Unglücklichen; nebst einem Anhange über die Anlage von Zimmern für Irre und Tobende. Innsbruck 1842, S. 7.

8 Dank an Kaplan Mag. Alfons Lanser für Informationen und leihweise Überlassung von Materialien.

9 Da die Bibliothek von uns als historischer Bestand definiert wird und zukünftig als wissenschaftliche Präsenzbibliothek geführt werden soll, wurde nicht neu signiert.

10 Auch die Bücher über religiöse Visionen dürften nur vor dem Modell der Katharsis als therapietaugliche Lektüre gelten.

11 Vgl. Petzold / Orth, Poesie- und Bibliotherapie, S. 30.

12 Von Grillparzer ist nur ein Band mit drei Dramen überliefert, der nicht Teil einer Reihe war.

13 Die umfangreiche Sammlung von (v.a. österreichisch-ungarischen) Militaria ist noch nicht katalogisiert und kann deshalb noch nicht inhaltlich beurteilt werden.

14 Hier stimmt die Geschichte der Psychiatrie im historischen Tirol – bis 1882 war Hall auch für PatientInnen aus Südtirol und dem heutigen Trentino zuständig – mit dem bibliothekarischen Befund überein: Von den bisher katalogisierten 78 Werken in italienischer Sprache sind 70 vor 1882 erschienen.

15 Medefind, Heinz, England ganz von innen gesehen, Berlin 1939, S. 14.



Abb. 36: Labor in der ab 1918 am Innsbrucker Innrain (ehem. Kadettenschule) untergebrachten Neurologischen Klinik

Michaela Ralser

„Man habe sie ... mit Güte und mit Strenge behandelt, doch ohne jeden Erfolg“

Die Anfänge psychiatrisierter Kindheit um 1900

Was an der Innsbrucker Neurologisch-Psychiatrischen Klinik der vorletzten Jahrhundertwende im Besonderen auffällt, ist die vergleichsweise hohe Einweisungsquote von Kindern. Neben einigen hirnorganischen Erkrankungen sind es besonders die ‚kleineren und größeren (Kinder)Fehler’, die zu ihrer Psychiatrisierung führen, meist veranlasst durch Fürsorgestellen, Kinderheime, Vormünder und andere Erziehungsberechtigte. Am Anfang des Untersuchungszeitraums, in den ersten beiden Jahrzehnten nach Klinikgründung (1891), werden die Kinder vor allem als *„Hysteriker“* bzw. *„Hysterikerinnen“* diagnostiziert, am Ende des Zeitraums – zwischen 1910 und 1920 – fast ausschließlich als *„psychopathisch Veranlagte“* oder *„ethisch Minderwertige“*. In diesem letzten Zeitraum häufen sich dann auch die Einweisungen der Kinder. Das klinische Konzept der sozialen Devianz mit ihrem artungstheoretischen Diagnosekomplex der *„psychopathischen Minderwertigkeiten“* ist für den Beginn der Psychiatrisierung der Kindheit ebenso Voraussetzung wie das am Kind als Zukunftshoffnung pathetisch vorgetragene mediko-pädagogische Programm.[1]

So wird die klinische Psychiatrie an der Schwelle zum 20. Jahrhundert schließlich auch zur pädagogischen Ratgeberin: wie eine *„Erziehung zur Krankheit“* zu vermeiden (Oppenheim 1899; Kraepelin 1897; Ufer 1890, Carmeri 1901; Czerny 1911) wäre, wie – bei psychopathischer Auffälligkeit – diese ‚Abweichung‘ vom Pädagogen und vom Arzt (Strümpell 1910) zu korrigieren wäre, und wie durch Ehe- und Familienberatung die Fortpflanzung neuropathischer Anlagen zu verhindern bzw. die *„Erzeugung guter Kinder“*, die *„nicht irgend einem Zufall einer*

angeheiterten Stunde überlassen“[2] werden dürfe, zu bewerkstelligen sei. Stand hinsichtlich des Diagnosekomplexes der *„psychopathischen Minderwertigkeit“* beim Erwachsenen das Argument im Zentrum, dass er als psychopathisch Veranlagter durch die Mittel der Justiz, etwa durch die Gefängnisstrafe, nicht zu bessern sei, so galt für das ‚psychopathisch veranlagte' Kind, dass es durch die üblicherweise zur Verfügung stehenden Mittel der Erziehung nicht zu kontrollieren wäre. Derart ist dann auch der rhetorische Auftakt in den Innsbrucker Krankenakten[3] übereinstimmend gestaltet, wenn sie von Kindern handeln, die von den diversen Erziehungsberechtigten an die Krankenanstalt übergeben wurden. Bei der 7-jährigen Maria M. etwa, die begonnen hatte, aus Büchern Seiten zu reißen und die Kleider der Eltern zu zerschneiden, heißt es: *„Man habe sie wegen dieser Dinge mit Güte so wie auch mit Strenge behandelt, jedoch ohne jeden Erfolg“*[4]. Beim 14-jährigen Schüler Gottfried P., der dem Unterricht fernblieb, von zuhause mehrmals weglief und seine Briefmarkensammlung gegen Zigaretten einzutauschen begann, wird argumentiert, er *„[würde] sich vom Lehrer nichts mehr gefallen lassen, auch wenn er ihn bei den Ohren packte [...]. Es machte ihm nichts, wenn die Eltern ihn schimpften – auch wenn er geschlagen wurde, war es ihm egal“*[5]. Wo die schulische und elterliche Erziehung scheiterte, sollte die Psychiatrie eingreifen, insbesondere dann, wenn selbst körperliche Züchtigung nicht die gewünschte Wirkung erzielte. Wie etwa bei der 10-jährigen Maria Luise D., die begonnen hatte, Geld zu entwenden und davon ihren Freundinnen Geschenke zu machen. Ihr ‚Fehler': *„Gegen körperliche Strafen ist das Kind ganz unempfindlich, sie scheint keinen Schmerz zu spüren, und vergießt keine Träne“*[6]. Da sie *„eine außerordentliche Nervenerregbarkeit zeige, von phantastischer Gemütsart und kleptomanisch veranlagt sei“*[7] , wird sie vom Jugendfürsorgeverein an die Klinik zur Überprüfung des Geisteszustands überstellt. Dort bleibt sie laut Krankengeschichte die ganze Zeit über *„lustig und fidel“*, *„versucht ab und zu beim Versteckenspielen durch die offene Tür zu entweichen, wie sie es schon zuhause getan hatte, spielt und lacht den ganzen Tag, spricht vor sich hin, liest im Finstern. Folgt ungern.“*[8] Fünf Wochen wird sie in der Klinik angehalten, zwei Mal bei der Vorlesung den Medizinstudenten vorgestellt, in mehreren Sitzungen dem Test für „Einfache Fragen und Urteile“ unterzogen und schließlich wieder dem Fürsorgeverein mit dem Befund übergeben: *„Es besteht keine gröbere Intelligenzstörung, aber eine angeborene ethische Minderwertigkeit, bei von Haus aus minderwertiger Anlage des Nervensystems“*[9].

Was die Klinik üblicherweise an Behandlung anbot, das fehlt bei dieser KlientInnengruppe ganz. Wesentlicher Zweck der Unterbringung scheint, sieht man von der moralischen Belehrung ab, allein die Begutachtung gewesen zu sein. Und die Ermittlung der *„Erziehungsfähigkeit“*, jener Schnittmenge zwischen medizinischer und pädagogischer Diagnostik (Ingenkamp / Laux 1990). Der Befund reicht aus, um die ‚Kranke', hier das als psychopathisch minderwertig diagnostizierte Mädchen, wieder in einen Zögling zu verwandeln und an die Erziehungs- respektive Fürsorgeeinrichtung zurückzugeben, deren Hauptaufgabe die Sorge um die „Bildungs- und Arbeitsfähigkeit“ der Kinder war. Die Behandlung sollte ab nun arbeitsteilig erfolgen, zwischen Medizin, Pädagogik und Fürsorgewesen. Dazu der zeitgenössische Psychiater Eugen Bleuler in seinem Lehrbuch: *„Der moralische Defekt ist in der Regel angeboren oder angeerbt. [...] Einfach im Milieu ‚verkommene' Menschen sind zum Teil noch erziehbar, doch kaum mehr nach dem zwanzigsten Jahr“*[10].

Mit dem Psychopathiekonzept war an der Wende zum 20. Jahrhundert nicht nur der Krankheitsbegriff weit in das Feld der Gesundheit eingedrungen. Es vermischten sich auch bisher getrennt geführte pädagogische und psychiatrische Zuständigkeitsbereiche: die so genannten *„Entwicklungshemmungen“* (von der *„Imbecillität“* zur *„Idiotie“*), die seit einiger Zeit Gegenstand der (Heil)Pädagogik geworden waren –, mit denen der „psychopathischen Minderwertigkeiten“, die der Psychiatrie angehörten. Die Diagnose des *„moralischen Schwachsinns“* war der Höhepunkt dieser Allianz. Die Orientierung der frühen Heilpädagogik an den Modellen der Medizin und Psychiatrie (Jantzen 1982; Möckel 1988; Ellger-Rütgardt 1999) wie umgekehrt die Adaptierung der moralischen Erziehung durch Medizin und Psychiatrie haben die beiden Wissens- und Handlungskomplexe, die pädagogischen und medizinischen, eng zueinander geführt. Teile der (Sozial)Pädagogik entwickelten sich zur pädagogischen Pathologie, der Wissenschaft von den *„Kinderfehlern“* (Schönberger 2008; Göppel 1989), insbesondere im Heil- und Fürsorgeerziehungswesen. Teile der Psychiatrie weiteten ihre Expertise ins Feld der Erziehung und Fürsorge aus. Der Psychiater-Arzt hatte über die Aufnahmebedürftigkeit des Zöglings in eine Spezialerziehungsanstalt oder in Heimunterbringung oder auch über die Stellung unter Vormundschaft gutachterlich zu befinden.

Wie etwa beim 16-jährigen Schüler Armin N. aus Meran, der nach sechsmonatigem Aufenthalt an der Innsbrucker Klinik, dem längsten aktenkundigen des

Untersuchungszeitraums, schließlich nicht mehr seinem Vormund übergeben, sondern in eine Irrenanstalt überstellt wurde, in die weit entfernte seiner ursprünglichen Heimatgemeinde nach Dobrizan in Böhmen.[11] Bei ihm wurde *„originär psychopathische Artung von klinischem Charakter des moralischen Schwachsinns"* diagnostiziert. Die Anamnese enthält alle Ingredienzien ‚psychopathischer' Milieubeschreibung: Der ferne Vater, Alkoholiker, *„ist Musiker und unterwegs, war Trinker"*[12], die angeblich promiskuitive Mutter *„wenig wählerisch in ihren Neigungen"*. Es folgen beim Sohn: abgebrochene Schulkarriere, Rückversetzung vom Gymnasium an die Gewerbeschule, dann wird er auch aus dieser entlassen als *„er mit einem anderen Knaben bei unsittlichen Handlungen auf dem Heuboden erwischt wurde"* und aus *„Heftchen, die von Geschlechtskrankheiten handelten, [...] nackte Frauenzimmerchen zeichnete"*, die er den anderen Schülern zeigte, respektive an diese verkaufte.[13] Auf Rat des Bezirksrichters habe man ihn nun hierher gebracht, in die psychiatrische Klinik, auf richterliche Veranlassung, über den Weg der Vormundschaftsbehörde. Damit wäre nun auch die letzte jener Institutionen genannt, die in den Vorgang der Herausstellung der *„psychopathischen Minderwertigkeit"* beim Kind involviert war: Schule, Fürsorgewesen, Gericht, Klinik und Vormundschaftsbehörde.[14] Alle moderierten in gewisser Weise den Vorgang und wandelten das Kind zum Zögling, zum Schützling, zum Häftling, zum Kranken und zurück.



Abb. 37: Untersuchungszimmer an der Neurologischen Klinik in Innsbruck (nach 1918)

Mit wenigen Ausnahmen erzeugte und befestigte der Diagnosekomplex der *„angeborenen"* oder (milieubezogen) *„angeerbten"* ‚psychopathischen Minderwertigkeit' die Distanz der bürgerlichen Ärzte zu ihrer vorwiegend proletarischen

und kleinbäuerlichen Klientel der öffentlichen Krankenhäuser. Und die Rolle, in welcher der Psychiater sich zum Erzieher machte, scheiterte vielfach schon am Misslingen wechselseitiger Verständigung – zum Nachteil der PatientInnen. Dies wird zum Beispiel deutlich in dem unterweisenden Gespräch zwischen dem Arzt und dem 13-jährigen Sohn eines Metzgergehilfen und einer Tagelöhnerin. Johannes J. war von der Jugendabteilung des Feldkircher Gefangenenhauses – dort war er wegen eines kleinen Diebstahls untergebracht – an die Klinik überstellt worden, mit den Worten: *„Starker Bettnässer, also Neuropathe, reagiert auf die Haftstrafe in einer derart krankhaften Weise, dass bei einer längeren Haft der Ausbruch einer Geistesstörung höchst wahrscheinlich wäre“*[15]. In mehreren Sitzungen werden dem Kind vom Psychiater Fragen gestellt. Die Belehrung des Erzieherarztes misslingt:

„Warum wird Diebstahl bestraft? Weil man es nicht darf. Warum nicht? Es ist vom lb. [lieben] Gott verboten im 7. Gebot. Wenn jemand die [Gebote] nicht kennt? Stehlen darf niemand. ... Wäre es dir recht, wenn man dir deine Sachen wegnimmt? Nein.... Warum dann getan? Keine Antwort. Leid getan? Er habe halt genommen, weil man ihm zu wenig zum Leben gegeben habe. […] Morgenstund ...? ... hat Gold im Mund. ... Tiefere Bedeutung? Morgen ist herrlich – Sonne. Weiter! Man soll zur Arbeit gehen, damit man untertags das tägliche Brot verdient.“[16]

Der Befund des Arztes*: „psychopathische Minderwertigkeit“*. Für die Zeit der Gefängnisstrafe bleibt Johannes J. in der Klinik. Nach drei Wochen wird der 13-Jährige dann als *„ungeheilt“* dem Fürsorgeverein übergeben.

Was schon für die Jahrhundertwende-Allianz der Erwachsenenpsychiatrie mit der Justiz galt, realisierte sich auch im Bündnis zwischen Justiz, Jugendfürsorgewesen, Vormundschaftsbehörde und Kinderpsychiatrie: eine enorme Ausweitung des klinisch-psychiatrischen Tätigkeitsbereichs, eine neuerliche Ausdehnung des psychiatrischen Deutungsanspruchs, diesmal ins Feld der Sozialarbeit und frühen Sozialpädagogik. Und es entstand eine neue Gruppe ‚Kranker': die mehr oder weniger unartigen ‚Unterschichts'-Kinder. Die *„angeborenen“* oder *„angeerbten Fehler“* dieser Kinder waren unter vererbungs- und milieutheoretischer Annahme schließlich auch der Anlass für eine *„psychische Hygienebewegung“* (Forel 1905) im Sinne einer *„prophylaktischen Psychiatrie“* als Psychoedukation der unteren Klassen – schließlich adressiert jede öffentliche Erziehung (auch und gerade die Gesundheitserziehung), die in familiale Privatheit eingreift, in erster

Linie die nicht-bürgerlichen Klassen. In die sozialreformerischen Initiativen der Prävention und Prophylaxe mischten sich um 1900 regelmäßig fortpflanzungshygienische und eugenische Interventionen (Sarasin 2003; Hubensdorf 1992; Wolf 2008). Die Psychiatrie aber führte diese Entwicklung zurück zur moralisch-pädagogischen Behandlung und Unterweisung, welche sie zu Beginn und im Verlauf des 19. Jahrhunderts durch die Integration in die medizinische (Heil)Wissenschaft zu überwinden gesucht hatte.

Anmerkungen

1 Der Bündnisdialog zwischen Medizin und Pädagogik im Konzept der „Pädagogischen Pathologie" (vgl. Strümpell, Ludwig, Die pädagogische Pathologie oder die Lehre von den Fehlern der Kinder, Leipzig 1910) am Übergang zum 20. Jahrhundert hat eine Vorgeschichte in der unnachgiebigen, mediko- und moralpädagogischen Debatte der „*doppelt schädlichen Onanie*" (Thomas Laqueur 2008) – gut 100 Jahre zuvor. Die Onaniefrage lieferte im Übergang „*von der christlichen Rede vom Fleisch zur sexuellen Psychopathologie*" (Michel Foucault 2003) den ersten Schlüssel zur psychiatrisierten Kindheit.

2 Ploetz, Alfred, Die Tüchtigkeit unserer Rasse und der Schutz der Schwachen. Ein Versuch über Rassenhygiene und ihr Verhältnis zu den humanen Idealen, besonders zum Socialismus, Berlin 1895, S. 144.

3 Die Krankenakten der Innsbrucker Neurologisch-Psychiatrischen Universitätsklinik stellen die Quellenbasis des vorliegenden Artikels dar. Sie lagern seit einiger Zeit – nach Geschlecht und Einweisungsjahr geordnet – im Tiroler Landesarchiv. Die Namen im Fließtext sind, um Anonymität zu garantieren, verändert. Zur Auffindbarkeit dienen die Nachweise (Initialien und Fundort) in den Anmerkungen.

4 Tiroler Landesarchiv (TLA), Krankenaktenbestand der Neurologisch-Psychiatrischen Klinik (KAB), Box-Buchstabe M, 3/1918, Krankenakte M. M.

5 TLA, KAB, Box-Buchstabe P, 12/1920, Krankenakte G. P.

6 TLA, KAB, Box-Buchstabe B, November 1917, Krankenakte M. D, Bericht der Fürsorgerin vom 16.11.1917, gerichtet an den Jugendfürsorgeverein, gezeichnet von Baronin Sternbach.

7 Ebenda, Klinikanschreiben des Jugendfürsorgevereins.

8 Ebenda, Krankenakte M.D.

9 TLA, KAB, Box-Buchstabe P, 11/1920, Krankenakte G. P.

10 Bleuler, Eugen, Lehrbuch der Psychiatrie mit 49 Textabbildungen, Berlin 1916, S. 426.

11 Die österreichische Armenpflege beruhte auf dem Heimatrechtprinzip, d.h. für fürsorgerische Leistungen von Armen war die Heimatgemeinde zuständig – dazu gehörte auch die Übernahme der Kosten für eine eventuelle Anstaltsunterbringung. Die großen (Binnen)Migrationsbewegungen im ausgehenden 19. Jahrhundert – Stichwort: Freisetzung von LandarbeiterInnen, Industrialisierung, Urbanisierung, Pauperisierung ganzer Bevölkerungsteile – führten häufig dazu, dass die Unterstützung in vom Wohnort der Betroffenen weit entfernten Gemeinden erfolgte und sie (sehr oft unfreiwillig) dorthin überstellt wurden.

12 TLA, KAB, Box-Buchstabe N, 5/1917, Krankenakte A. N.

13 Ebenda.

14 Die Vormundschaftsagende wurde in Österreich durch die Kaiserliche Verordnung vom 28.6.1916 neu geordnet. Sie sah – wie auch in Deutschland – als einen Verfahrensschritt zur Vormundschaftspflege eine psychiatrische Expertise vor (vgl. Kopetzky 1995).

15 TLA, KAB, Box-Buchstabe J, 9/1917, Krankenakte J. J., Schreiben des Gefängnisarztes Emil Kofler vom 3.9.1917 an die Klinik.

16 Ebenda.



Abb. 38: Historisches Archiv des früheren Psychiatrischen Krankenhauses in Pergine (2011)

Katia Giacomozzi

„Frieden find ich keinen, weder bei Tag noch bei Nacht ...“

Die „verschollenen Briefe“ des ehemaligen Psychiatrischen Krankenhauses in Pergine Valsugana: eine Untersuchung des Briefbestandes in den Klinikunterlagen

Alles Schreiben beruht auf dem Wunsch nach Mitteilung, dem Wunsch sich mitzuteilen: dieser Wunsch muss allerdings zu einer dringlichen Notwendigkeit werden, bevor auch diejenigen zum Stift greifen können, die einer der Schreibpraxis fern stehenden sozialen Realität angehören. Zwar ist diese Feststellung beinahe banal, aber es ist das erste, das angesichts des – an erster Stelle praktischen aber auch emotiven – Mitteilungsbedürfnisses spontan auffällt und das auch die Briefe und Tagebücher von Emigranten, Frontsoldaten, Gefangenen und *„Internierten“* beseelt und dominiert, die „Schriften des Fern- und Eingeschlossenseins“ sind. Zu dieser Kategorie gehört auch der Briefbestand des ehemaligen Psychiatrischen Krankenhauses in Pergine Valsugana, der in Zusammenarbeit mit der *Fondazione del Museo Storico del Trentino* bei der Sichtung der Klinikunterlagen der ersten 34 Bestandsjahre der Anstalt (1882–1915) entdeckt wurde. Es handelt sich dabei um ca. 300 Briefe, die 170 PatientInnen während ihres Anstaltsaufenthaltes verfasst haben. Sie sind sowohl an Empfänger außerhalb, meist Familienangehörige oder Freunde, als auch an solche innerhalb der Struktur, an den Direktor oder an das Ärztepersonal, adressiert. Abgeschickt wurden sie nie. Heute befinden sie sich in den Patientenakten und sind angesichts des fast vollständigen Fehlens handschriftlicher Dokumente nicht-brieflicher Art für den zu untersuchenden Zeitraum der einzige direkte Zugang zu den Stimmen der in der *„Irrenanstalt“* untergebrachten Patienten und Patientinnen.

Es darf aber nicht vergessen werden, dass es sich bei dem gesammelten Material eben nicht um eine *„neutrale Stichprobe“* handelt, sondern um Briefe von PatientInnen. Und noch weniger darf übersehen werden, dass diese sehr heterogene Gruppe von VerfasserInnen die Zustände innerhalb der Pflegeeinrichtung oder der damaligen Trentiner Gesellschaft nicht immer „objektiv“ reflektieren konnte. Doch bevor einige Elemente untersucht werden, die sich aus einer allgemeinen Analyse des *„corpus“* ergeben, und die das eben Gesagte veranschaulichen, sollen einige Überlegung zu den möglichen Gründen für das Überdauern gerade dieser Dokumente – und keiner anderen – bis in unsere Tage vorangestellt werden. Ein erster Hauptgrund für die Bewahrung der Briefdokumente scheint die Zensur gewesen zu sein, worunter nicht nur die Kontrolle des Schriftverkehrs durch das Krankenhauspersonal zu verstehen ist, mit dem Ziel, das von der Anstalt nach außen transportierte Bild zu wahren und das von Berichten über Misshandlungen und Hilfsgesuchen kompromittiert hätte werden können, sondern auch den verständlichen Unwillen der Anstaltsleitung entsprang, Briefe abzuschicken, die in ihrer Inkohärenz und dem angeschlagenen Tonfall die Pathologien der Schreibenden zum Ausdruck brachten. Ein weiterer Faktor für den Entschluss zur Aufbewahrung dieser Dokumente, die anderenfalls einfach im Papierkorb gelandet wären, dürfte das – ein paar Jahrzehnte früher noch undenkbar – erwachte diagnostische Interesse an diesem handschriftlichen Material der PatientInnen gewesen sein. Diese Überlegung muss vor mehr als 100 Jahren jemanden dazu bewogen haben, diese Dokumente den Krankenakten beizufügen. Damit wurden sie aber der persönlichen Dimension der Patientin bzw. des Patienten entrissen und zur Vervollständigung ihres bzw. seines diagnostischen Prozesses herangezogen. Auf diese Weise sind im Allgemeinen nur jene Briefe erhalten geblieben, die zumindest in den Augen des Arztes *„etwas anderes“* im Vergleich zu *„normaler“* Korrespondenz darstellten, indem sie kuriose Symptome offenbarten oder den Ärzten diagnostische Beweisstücke für ihre oft a priori gestellte Anamnesen lieferten. Die Interpretation der Briefe konnte so zur Bestätigung der Richtigkeit der ärztlichen Diagnose benutzt werden. Doch wäre es ein Fehler, der auch den modernen Lesern unterlaufen könnte, nämlich diese Texte als konventionelle Erzeugnisse von „Psychiatrie-PatientInnen“ zu lesen, als Produkte eines von Geisteskrankheit entstellten Gemüts, ohne der Tatsache Rechnung zu tragen, dass die Existenz solcher Pathologien – die Definitionen sind in der Tat immer noch extrem ungenau und oberflächlich – nicht mit Sicherheit vorausgesetzt werden

kann, oder ohne den besonderen historischen und sozialen Entstehungskontext der Briefe zu berücksichtigen. Dadurch würde jeder Hilfeschrei, jede Ausdrucksschwierigkeit vom Leser bzw. der Leserin entstellt und lediglich als Beweisstück für die *„Abnormität“* des Schreibers bzw. der Schreiberin interpretiert.

Vom wissenschaftlichen Standpunkt aus gesehen sind die – auch außerhalb der Krankenhäuser – produzierten Klinikunterlagen nicht einfach Dokumente in einem privilegierten Aufbewahrungsort, sondern reiche Bestandsquellen zu biographischen Daten der Schreiber bzw. Schreiberinnen. Es sei daran erinnert, dass Krankenakten im wahrsten Sinne des Wortes fast immer eine oder mehrere „medizinische Geschichten“ beinhalten, anamnetische Berichte, die meist von den niedergelassenen Ärzten der Ortschaften, aus den die PatientInnen stammten, abgefasst waren. Aus diesem Grund bieten die gesammelten Briefe in Kombination mit ähnlichen Dokumenten (anderer Herkunft) weitere Studienmöglichkeiten: denn allgemein wissen wir nicht sehr viel mehr über schreibende Laien als das, was direkt aus der Lektüre ihrer Schriften hervorgeht.

Untersuchen wir die Gruppe der BriefschreiberInnen nach primären Kategorien wie Geschlecht oder geographischer und sozialer Herkunft, ergeben sich einige interessante Details. An erster Stelle fällt das zahlenmäßige Ungleichgewicht zwischen männlichen und weiblichen Verfassern auf: fast 80 Prozent entfallen auf männliche Schreiber. Dieses Missverhältnis spiegelt aber weder die geschlechtsspezifische Zusammensetzung der AnstaltspatientInnen wider, noch ist es Ergebnis der sozialen Zusammensetzung, da die weibliche Bevölkerung im habsburgischen Trentino nicht weniger alphabetisiert war als die männliche. Es kann also nur angenommen werden, dass der Unterschied in der unterschiedlichen Aufbewahrungspraxis der beiden Stationen (Männer- bzw. für Frauenabteilung) zu suchen ist oder am geringeren Interesse gegenüber dieser Art diagnostischer Untersuchungsmöglichkeit bei weiblichen Patienten lag, vielleicht in Zusammenhang mit ihren Pathologien. Ähnliches lässt sich in Bezug auf die Verteilung der sozialen Gruppenzugehörigkeit der Schreibenden formulieren. Auch wenn die Sozialkategorie *„Bauer“* die am häufigsten angeführte soziale Zugehörigkeit der AnstaltspatientInnen war, spiegelt sich diese Dominanz nicht in der Verteilung der SchreiberInnen so wider, wie man es eigentlich erwarten könnte, vorausgesetzt man nimmt die Gruppe von Schreibenden als Stichprobe der damaligen Trentiner Gesellschaft: einerseits fehlt es nicht an Schreibenden aus Gruppen mit starkem sozialem Prestige, andererseits spielen besonders in den ersten zwanzig

Jahren auch jene Berufe eine statistisch erstaunlich wichtige Rolle, die in einer bäuerlichen Gesellschaft eher Minderheitscharakter hatten (z.B. alle, die mit Handel oder Verwaltung zu tun hatten).

Was die geographische Herkunft betrifft, kommen die meisten unserer Autoren und Autorinnen aus der Umgebung von Trient und Rovereto, fast alle PatientInnen stammen aus dem italienischen Sprachraum. Das bedeutet auch, dass in dem aufgefundenen Briefkorpus das Deutsche als Ausdruckssprache (fast ganz) fehlt, auch wenn viele Schreibenden aus beruflichen Gründen der deutschen Sprache mächtig gewesen sein dürften.

Wird die Aufmerksamkeit von den Autoren auf ihre Briefe verlagert, wird deutlich, dass die Texte der so heterogenen Verfassergruppe viele gemeinsamen Elemente aufweisen: einerseits können sie auf den gemeinsamen Nenner „LaienschreiberIn" gebracht werden und andererseits wird die Abhängigkeit von der Struktur der Anstalt, die diese Dokumente hervorbrachte, sichtbar. Der Korpus zeigt dieselben Merkmale wie andere bekannte zeitgenössische Texte von Laien, an erster Stelle den Briefcharakter und die Sprache selbst: das „mundartliche Italienisch", das sich im linguistischen Akt von der graphischen Umsetzung der einzelnen Klänge bis hin zur morphologischen Deklination der Diskursteile durchzieht, von der syntaktischen Konstruktion des Satzes bis hin zur lexikalen Auswahl (mit Umwegen über lokale Dialekte und den allgemeinen Sprachgebrauch); und auch die „alltagspraktische" Umsetzung gewisser Elemente, die typisch für den Briefkodex sind (Eröffnungs- und Schlussformeln des Kommunikationskanals, Höflichkeitsformeln, usw.).

Was jedoch die Briefsammlung am deutlichsten zu verbinden und beseelen scheint, ist das allgegenwärtige Schreckgespenst der Anstalt, in der alle steckten. Anders könnte es auch gar nicht sein. Denn der Patient bzw. die Patientin schreibt nicht nur – wie eingangs gezeigt –, weil er oder sie von praktischen, mit seinem Zustand verbundenen Überlegungen dazu getrieben ist (dies sowohl was die Briefe an die Familie als auch an den Direktor betrifft), sondern weil er bzw. sie sich vor dem leeren Blatt sitzend, gar nicht von jener Einrichtung abwenden kann, die ihn total vereinnahmt und von der Außenwelt entfremdet hat, an die der Brief meist gerichtet ist. Denn die psychiatrische Anstalt drängt sich als Ort der Isolierung und der totalen, par excellence völlig vereinnahmenden Kontrolle, mit Gewalt in die Intim- und in die Sozialsphäre all derjenigen, die – meist gegen ihren Willen – ihre Schwelle überschreiten: unausweichlich werden die Patien-

tInnen konfrontiert mit dem qualvollen Widerspruch zwischen einer Furcht erregenden Individualität (ein Zustand, der aus dem Abstand vom eigenen sozialen Ursprung erwächst und der für viele, die bis dahin in stark gemeinschaftsbetonten Gesellschaften gelebt hatten, absolut neu ist) und dem – genauso Furcht erregenden – Gefühl, vergessen und verloren in den Untiefen einer uniformierenden und deformierenden Gemeinschaft zu weilen, die sie nicht ihr eigen nennen können. Und aus diesem Paradoxon platzt der Hilferuf geradezu heraus, der aus vielen der gefundenen Briefen erschallt: ein oft verbitterter Hilferuf, oft auch ein Flehen, aber immer von der Überzeugung getragen, dass das eigene Eingeschlossensein ungerecht oder ungerechtfertigt sei und von einem Gefühl der Ohnmacht gegenüber der Außenwelt getragen.

So ist z.B. ein wiederkehrendes Topos des Familienbriefes das Bestehen auf dem eigenen körperlichen (und hier geistigen) Wohlbefinden, das nicht nur von dem Motiv ausgeht, den Empfänger – sei dies ein Familienangehöriger, ein Freund oder der Direktor selbst – zu überzeugen, sich für die Entlassung des bzw. der Schreibenden aus der Anstalt einzusetzen, sondern wahrscheinlich auch von dem Wunsch getragen ist, die eigene Zugehörigkeit zur Gemeinschaft der Normalen und somit zum eigenen familiären und sozialen Umfeld kundzutun. Trotzdem ist von Resignation angesichts des Ausgeschlossenseins fast nie die Rede, auch nicht von passiver Akzeptanz des eigenen Eingeschlossenseins und der eigenen Krankheit – und doch erschallt der nach außen geschleuderte Appell aus Tinte und Papier mit Wucht.

Erst beim Lesen der Briefe wird deutlich, wie das Schreiben an sich gerade in dieser Situation die erhabene Dimension der Behauptung des eigenen Lebenswillens annimmt; wie es der Anstalt zum Trotz, wie es trotz des Gefühls des Ausgeschlossenseins aus der Zugehörigkeitsgemeinschaft und der eigenen Familie die Behauptung des eigenen *„Noch-am-Leben-seins“*, des Noch-Existierens ermöglicht.



Abb. 39: Haupteingang der Landesirrenanstalt in Pergine (ohne Datum)

Hermann J. W. Kuprian / Angela Grießenböck

Hunger, Not und Kälte

Zur Versorgungslage der Patientinnen und Patienten in Hall und Pergine im Ersten Weltkrieg

Die vermeintlich euphorische Stimmung, die der Ausbruch des Ersten Weltkriegs in weiten Teilen der Tiroler Bevölkerung im Zuge der Mobilisierung Anfang August 1914 ausgelöst hatte, schien zunächst sowohl das Personal als auch die PatientInnen der beiden großen psychiatrischen Anstalten des Landes in Hall und Pergine zu erfassen. Die glühende Begeisterung, mit der die einberufenen Pfleger Abschied nahmen, das freiwillige Angebot der *„verwendbaren Kranken"* zur Mithilfe im Anstaltsbetrieb oder die Zeichnung der ersten Kriegsanleihe aus der *„Unterstützungskassa"* für PatientInnen der *„Landes-Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke"* in Hall konnten aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass sich die Versorgungssituation speziell der *„InsassInnen"* dieser „Totalen Institutionen" (Erving Goffman) alsbald erheblich verschlechterte. Nicht nur das Pflegepersonal und die Ärzteschaft wurden infolge der Mobilisierung bereits im ersten Kriegsjahr drastisch reduziert und nur notdürftig ersetzt, sondern besonders die Schwerkranken hatten unter der mangelhaften Betreuung durch das fehlende Fachpersonal zu leiden. Ende 1914 war in Hall mehr als ein Viertel der Pfleger eingezogen und es standen nur noch der Direktor und ein Oberarzt für die medizinische Betreuung von 632 PatientInnen zur Verfügung. Für eine rapide Verschlechterung der materiellen Versorgungslage der Anstalt sorgten zudem die rigoros einsetzenden Requirierungen seitens des Militärs. Gleich zu Kriegbeginn etwa musste bereits der gesamte Pferdebestand abgetreten und das Materiallager gänzlich geleert werden, während die Brotrationen um ein Drittel gekürzt wurden.

Noch kritischer entwickelte sich die Lage der beiden „Landesirrenanstalten“ in Hall und Pergine mit dem Kriegseintritt Italiens im Mai 1915. Besonders die nunmehr in unmittelbarer Frontnähe liegende Anstalt Pergine war davon betroffen, obwohl der damalige Leiter, Pius Deiaco, bereits vor Ausbruch des Konfliktes die geordnete Evakuierung der Patientinnen und Patienten einschließlich des gesamten Personals – insgesamt etwa 700 Personen – in die landwirtschaftlichen Lehranstalten St. Michele und Rotholz vorgeschlagen hatte. Dies wurde jedoch zunächst behördlich mit der Begründung abgelehnt, dass die *„Gefahr“*, die Kranken könnten

„bei Unterbringung in den erwähnten Landesanstalten der Öffentlichkeit und zwar sowohl den militärischen als auch den zivilen Behörden ganz unvorhergesehene, ungeheure Schwierigkeiten machen [...] *viel größer* [sei]*, als wenn diese Kranken selbst für den Fall von kriegerischen Ereignissen in der Nähe von Pergine dortselbst verbleiben.“*[1]

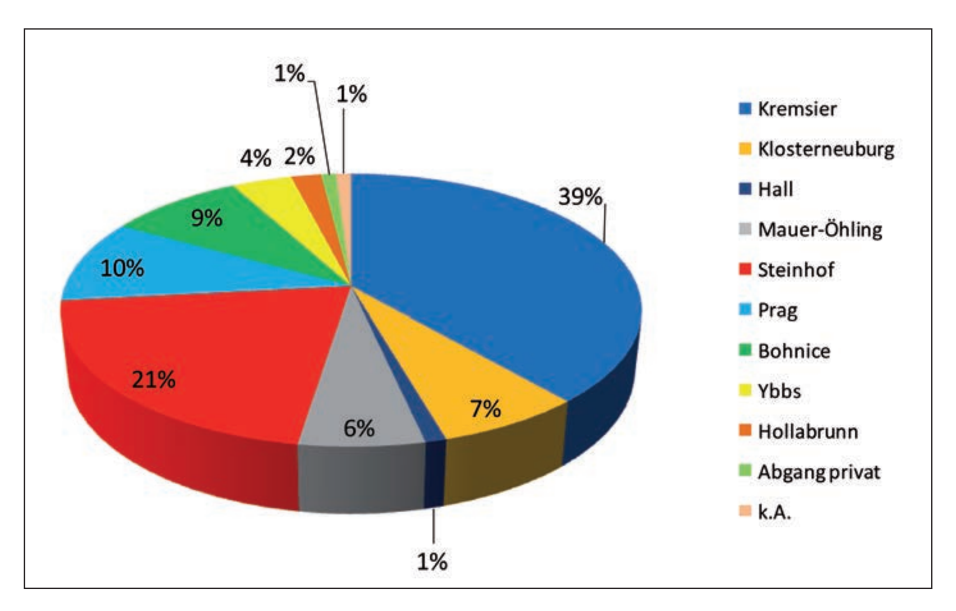


Abb. 40: Personal der Anstalt Pergine im Ersten Weltkrieg

Aus dieser Einschätzung geht nicht nur klar hervor, dass die psychisch Kranken als *„gefährlich“* betrachtet wurden, sondern dass sie – wohl auch deshalb – speziell in Krisenzeiten ganz weit am Ende in der gesellschaftlichen wie militärischen Betreuungs- und Versorgungskette standen. Dieses Schicksal teilten sie

schließlich mit den vielen tausenden zivilen Kriegsflüchtlingen vorwiegend aus dem italienischen Teil Tirols, die nach dem Kriegsausbruch mit Italien aus dem Frontgebiet weit in das Hinterland der Habsburgermonarchie zwangsevakuiert wurden, wo sie teilweise über Jahre hinweg ohne ausreichende Versorgung in Barackenlagern oder gemeindeweise verstreut überleben mussten.

Zwischen 12. und 14. März 1916 wurden von den insgesamt 509 PatientInnen aus Pergine fünf in private Pflege entlassen, 504 Personen in verschiedene psychiatrischen Anstalten nach Niederösterreich, Wien und Böhmen verlegt und die Anstalt für die militärische Sanitätsversorgung umfunktioniert.



Grafik 4: Diagramm Transferierung der Pergine-PatientInnen 1916 in andere Psychiatrische Anstalten

Nach Hall kamen lediglich vier Frauen, einerseits deshalb, weil die Landesirrenanstalt infolge der zunehmenden Zahl an psychisch erkrankten Soldaten mittlerweile gänzlich überfüllt war, anderseits die Militär- und Zivilbehörden großes Misstrauen gegenüber der als irredentistisch eingeschätzten italienischen Bevölkerung aus dem Trentino hegten und die Evakuierten wie die PatientInnen lieber weit im Hinterland *„versorgt“* wissen wollten. Hinzu kam, dass Hall Garnisonsort war und die Stimmungslage der einheimischen deutschen Bevölkerung gegenüber *„den verräterischen Italienern“*, welche der Statthalter Friedrich Graf Toggenburg so einschätzte, dass sie

„Ausbrüche allgemeiner Erbitterung und vielfach fanatischen Hasses gegen alles, was italienisch ist, befürchten läßt und daß daher die Einzelunterbringung der unwillkommenen Mitesser in den Gemeinden und die Sorge für deren persönliche Sicherheit auf größte Schwierigkeiten stoßen müßte.“[2]

Wie es den entwurzelten, evakuierten PatientInnen aus Pergine in den anderen österreichischen Anstalten während ihres Aufenthaltes im Krieg erging, ist bisher nicht näher untersucht worden. Allerdings geht aus den digitalisierten Aufnahmebüchern hervor, dass von den 1916 verlegten 504 PatientInnen am 3. März 1919 lediglich 175 (ca. 35 Prozent; 101 Frauen, 74 Männer) wieder nach Pergine rücktransferiert wurden.[3]



Abb. 41: Postkarte, Ansicht Pergine im Ersten Weltkrieg mit Landesirrenanstalt im Vordergrund (1915)

Die *„Landes-Heil- und Pflegeanstalt“* in Hall blieb allerdings so wie die Innsbrucker *„Neurologisch-psychiatrische Klinik“* für die Neuaufnahme von *„geisteskrank“* gewordenen Personen aus dem Einzugsgebiet von Pergine in „Welschtirol“ zuständig. In Hall betraf dies zwischen 1916 und 1918 insgesamt 133 Zivilpersonen, von denen in diesem Zeitraum 32 PatientInnen (24 Prozent) verstarben. Dazu kamen seit Kriegsbeginn noch 147 italienischsprachige Militärpersonen, von denen ein nicht geringer Teil (ca. 20 Prozent) an *„Hysterie“* bzw. *„Nervosität“* litten. Dennoch ist anzunehmen, dass die Militärbehörden die

kranken Soldaten wieder rasch für den Kriegseinsatz zur Verfügung gestellt und sie deshalb nicht in weit entfernte Anstalten überstellt haben wollten.



Abb. 42: Krankenvisite in der Landesirrenanstalt Pergine im Ersten Weltkrieg

Die Situation in Hall entwickelte sich unterdessen im Kontext der allgemeinen, rapide schlechter werdenden kriegswirtschaftlichen Versorgungslage in einem wachsenden Spannungsverhältnis innerhalb- und außerhalb der Anstalt. Neben den permanenten Requirierungen von militärisch brauchbaren Materialien wie Kupferkesseln, Kleidung usw. war es vor allem der zunehmende Mangel an Brennstoffen für die Küche, für die Waschküche und für die Beheizung der Zimmer, aber auch an Arzneimitteln und insbesondere an Lebensmitteln, unter denen in erster Linie die PatientInnen als schwächste Mitglieder des Versorgungssystems zu leiden hatten. Obwohl es verschiedene „Verpflegsklassen" gab, verwischte sich deren Unterschied in der realen Anstaltswelt zusehends. Denn der weitaus überwiegende Teil der PatientInnen unterlag ohnehin der dritten und damit schlechtesten Versorgungsstufe. Die chronische Überbelegung – so mussten beispielsweise im September 1917 bei einem „Normalbelagsraum" von 490 Betten etwa 676 PatientInnen versorgt werden – sowie der ständige Mangel bzw. Wechsel an Personal führten dagegen immer häufiger zu Beschwerden sowohl von PatientInnen als auch von Seiten der *„Anstaltsfamilien"* bzw. der Anstalts-

leitung gegenüber den Landesbehörden. Wie sich diese Verhältnisse konkret auf die Lebenswelt der *„InsassInnen"* auswirkten, soll folgendes Beispiel aus dem Jahresbericht von 1917 veranschaulichen:

„In allen Krankenabteilungen waren die Raumheitzungen statt normal 180 nur ca. 60 Tage in Betrieb und auch hier nur für wenige Stunden des Tages. Im Frauen Tract altes Haus (170 Kranke) wurde die Zentralheitzung auf die Räume von 80 Kranken eingeschränkt [...] und die Kranken stundenweise auf die betreffenden Räume zusammen gedrängt."[4]

Die Kälte führte infolge der Einschränkung des Waschküchebetriebes dazu, dass sie *„bei dem nebenher bestehendem Mangel an Reinigungsmaterial in Verbindung mit dem durch Kälte vermehrten Durchfall der Kranken doppelt fühlbar"* wurde. Nicht zuletzt drohte *„im Hochsommer [...] eine Zeit lang sogar in der Küche Kaltstellung."*[5] Trotzdem konnte aufgrund der partiellen Eigenversorgung und des Regieverkaufs durch die Haller *„Irrenanstalt"* infolge der allgemein steigenden Lebensmittelknappheit nicht verhindert werden, dass die Angestellten ebenso wie deren *„InsassInnen"* von der einheimischen Bevölkerung zusehends als *„privilegiert"* betrachtet wurden. Deutlich kommt dies in einer Äußerung der Anstaltsverwaltung über das angeschlagene Prestige derselben aus dem Jahre 1917 zum Ausdruck:

„[...] unsere Verhältnisse [werden] niemals einer liebreichen Kritik unterzogen. Viele unserer Frauen sind leider nicht dicht genug und prahlen gegenüber den Nachbarinnen mit billigeren Preisen [...] reichlichen Mengen usw. – Das hindert die Frauen aber nicht innerhalb der Anstalt über das Gegenteil, über die allzugrosse Knauserei der Verwaltung zu klagen. Dazu kommt die Klage vieler Patienten, dass sie zu Gunsten der Familien verkürzt werden. – Die Gebarung der Verwaltung begegnet Misstrauen auf allen Seiten, die Verteidigung ist ihr aber erschwert, weil niemand Einblick und Verständnis für das allzu komplizirte Versorgungs- und Verteilungswesen haben kann."[6]

Dass sich die Versorgungsverhältnisse aus der Perspektive der PatientInnen freilich anders darstellten, zeigt einerseits die Sterbestatistik der Jahre 1917/18, anderseits die Beschwerde des Patienten Fritz M., der schwere Anschuldigungen gegen die Anstalt erhob und damit auch die Justiz beschäftigte: Als am 6. November 1917

der damalige Landessanitätsinspektor Dr. Hans Witsch einen Inspektionsbesuch in der *„Landes-Heil- und Pflegeanstalt“* für Geisteskranke in Hall machte, wurde ihm mitgeteilt, *„dass in letzter Zeit mehrere Fälle von ‚Ödem-Krankheit', bisher etwa 50 solche Erkrankungen, zur Beobachtung gelangt“*[7] waren. Seinem Bericht nach hatte der Inspektor bei der Visitation auch mehrere dieser Kranken zu Gesicht bekommen und äußerte sich über die möglichen Ursachen folgendermaßen: *„So viel bis jetzt bekannt wurde, sind die Erscheinungen der Ödemkrankheit auf Unterernährung, vielleicht auf eine an Salzen der alkalischen Erden arme Kost, zurückzuführen.“*[8] Seiner Ansicht nach konnte jedenfalls eine ausreichend ausgewogene Ernährung für die zahlreichen geschwächten PatientInnen aufgrund der kriegsbedingten Schwierigkeiten in der *„Nahrungsmittelbeschaffung“* nicht garantiert werden. Auch der spätere Direktor Ernst Klebelsberg musste eingestehen, dass *„[d]ie hohe Mortalitätsziffer des Jahres 1918 […] durch das Hungeroedem bedingt [war], das ähnlich wie in anderen Anstalten auch […] [in Hall] infolge der Ernährungsschwierigkeiten gehäuft auftrat.“*[9] Die statistische Auswertung zeigt, dass es zwischen 1916 und 1918 tatsächlich 373 Fälle von Hunger-Ödem-Erkrankungen gab, an denen direkt oder indirekt 85 Personen (23 Prozent) verstarben.[10]

In diesem Zusammenhang steht auch die Beschwerde des Anstalts-*„Insassen“* Fritz M., der im Februar und März des Jahres 1919 an das *„Staatsamt für Justiz“* in Wien schwere Anklage gegen das Personal der *„Landes-Heil- und Pflegeanstalt“* in Hall erhob. Der Jurist und Oberleutnant Fritz M. war zunächst *„wegen Gemeingefährlichkeit“* in das *„Sanatorium Schweizerhof“* bei Graz eingewiesen und später nach Hall transferiert worden, als es ihm gelang, über *„Mittelsmänner“* die beiden betreffenden Schreiben an die Wiener Behörden zu richten. M. forderte darin das Staatsamt auf, unverzüglich Untersuchungen in der Haller Anstalt vorzunehmen, da die hohe Anzahl von Todesfällen während des Krieges seiner Auffassung nach von der Anstaltsadministration mitverschuldet war:

„[…] Unter Beiziehung von einwandfreien Sachverständigen [sei] ehestens und genau festzustellen, wie viele Patienten an allen Tagen während des Krieges gestorben sind. Unter Berücksichtigung der unteren Verpflegsklassen, der Sterbestatistik vor dem Kriege, sowie des Zuschusses an Patienten während desselben [sei] zu ergründen, ob der Tod infolge der Krankheit erfolgte oder durch Hunger; [und] wenn Letzeres der Fall, ob Hungertod vorliegt oder Hunger-Mord.“[11]

M. verwies in seinem Schreiben weiters auf seine *„52seitige Denkschrift“*, welche er *„nicht [als] eine formelle Anzeige“* verstanden wissen wollte, *„sondern lediglich [als] Richtlinien für die Untersuchungen“*. Er wollte bei den Untersuchungen in der Anstalt aber anonym bleiben, um *„vor allfälligen Racheakten geschützt“* zu sein.[12] Tatsächlich hatten seine Eingaben Konsequenzen für die Anstalt in Hall, denn es erfolgte eine Anzeige gegen die Verwaltungsorgane der *„Landesirrenanstalt“*, gegen die ein Strafverfahren eingeleitet und von Seiten der Landesregierung eine Untersuchung angestellt wurde, die allerdings in der Folge *„keinen Anlass zu einem weiteren Einschreiten“*[13] ergab. Fitz M. hingegen wurde im Zuge einer umfassenden Entlassungsaktion am 30. März 1919 *„als gebessert“* in familiäre Fürsorge geschickt. Dies nicht zuletzt deshalb, weil sich die Versorgungsverhältnisse in der Haller Anstalt bis dahin kaum gebessert hatten, wie der neue Direktor Georg Eisath im Mai 1919 in einem Schreiben an die Tiroler Landesregierung vermerkte, in welchem er die Dringlichkeit der Verbesserung der Brennstoffversorgung betonte, um *„gefährliche Übelstände“* in der Anstalt zu entschärfen:

„Alle dringlichen Betreibungen bei den Versorgungsstellen sind fruchtlos. Mit unseren Vorräten sind wir im ganzen Kriege nicht so schlecht bestellt gewesen, wie jetzt. Küche und Wäscherei können höchstens noch 2-3 Wochen arbeiten. [...] Unter solchen Umständen ist die Aufrechterhaltung von Hygiene und Reinlichkeit in der Anstalt, sowie die Vorbeugung gegenüber verschiedenen übertragbaren Krankheiten, die da und dort auftreten, unmöglich.“[14]

Von Seiten des direkten Adressaten, des Landwirtschaftsdirektors, wurde dieses Gesuch jedoch nur mit der Bemerkung kommentiert, dass *„bei den gegenwärtigen Verhältnissen […] wenig Aussicht“* bestünde, *„den Bedarf der Anstalt [an Kohle und Koks] befriedigen zu können“*.[15]

Zwar konnte die hohe Sterblichkeit in den Jahren nach 1919 aufgrund der verbesserten Ernährungs- und Hygienebedingungen allmählich wieder gesenkt werden, doch war mittlerweile die erste Kriegseuphorie einer harten Kriegsrealität gewichen. Die Erfahrungen des Ersten Weltkriegs hatten jedenfalls sowohl bei den unmittelbar betroffenen Patientinnen und Patienten als auch in der öffentlichen Meinung über die psychiatrische Versorgungslandschaft des Landes tiefe Narben hinterlassen.

Anmerkungen

1 Tiroler Landesarchiv (TLA), Evakuierung der Irrenanstalt in Pergine, Schreiben des Landesausschusses an das k. u. k. Subrayonskommando Nr. III Trient, Mikrofilm 0047/0, VII 1175.
2 Österreichisches Staatsarchiv, Allgemeines Verwaltungsarchiv, Toggenburg an Ministerium des Innern v. 14.3.1915, Zl. 1193/1 prs., MdI-Präs. 19/3, Zl. 5767/1915.
3 Archivio storico dell'Ospedale psichiatrico di Pergine Valsugana, Banca dati dei registri generali uomini e donne (1882–1939).
4 Historisches Archiv des PKH, Jahresbericht der Landes-Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke in Hall i. T. für das Jahr 1917, Zweiter Teil, Wirtschaftliches, S. 8.
5 Ebenda.
6 Ebenda, S. 48.
7 TLA, Landesirrenanstalt in Hall, Ernährungsverhältnisse, Statthalterei 1917, Abt. VI, Stz. 805, 43c1.
8 Ebenda.
9 Bibliothek Museum Ferdinandeum Innsbruck, Bericht der Landes-Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke in Hall in Tirol für die Jahre 1914–1924, Z. 1447.
10 Die „Hunger-Ödem-Statistik" und die Auswertungen über die in der Anstalt verpflegten „Militärs" befinden sich als lose Blätter im Historischen Archiv des PKH.
11 TLA, Irrenanstalt Hall, Beschwerde Fritz M., Landesregierung für Tirol 1919, Abt. VI, 490 – 51.
12 Ebenda.
13 TLA, Irrenanstalt Hall, Beschwerde, Schreiben Landesregierung an das Landesgericht Innsbruck v. 1.7.1919, Landesregierung für Tirol 1919, Abt. VI, 490 - 51.
14 TLA, Landesirrenanstalt Hall, Versorgung mit Brennstoffen, in: Landesregierung für Tirol 1919, Abt. VI, 635 - 50c.
15 Ebenda.



Abb. 43: Montage Innenansicht ehemaliges Verwaltungsgebäude im Landeskrankenhaus Hall (2010) und Beschwerdebrief (1913)

Angela Grießenböck

„Raus aus der sibirischen Gefangenschaft!“

Beschwerde und Widerstand – oder vergebliche Versuche entlassen zu werden

Die überlieferten Krankenakten, die sowohl als medizinische Protokollemedien als auch als administrative Konvolute gelesen werden können, geben aufschlussreiche Einblicke in die PatientInnendokumentation in der Psychiatrie. Neben diesen formalisierten Dokumenten sind in einigen Krankenakten auch Egodokumente von PatientInnen zu finden, so beispielsweise nicht abgeschickte Briefe, handschriftliche Notizen und Zeichnungen. Außerdem wurden in den Krankenakten mehrere von Kanzleikräften abgetippte Briefe von *„InsassInnen“* an Personen außerhalb der Anstalt, der Briefverkehr von Angehörigen mit der Direktion sowie Abschriften von Antwortschreiben der Anstaltsleitung auf Anfragen von Angehörigen eingelegt. Einzelne PatientInnenbriefe, die ihre Adressaten erreicht haben, sind auch in Archiven wie dem Tiroler Landesarchiv oder dem Österreichischen Staatsarchiv zu finden. Dokumente dieser Art haben Seltenheitswert und sind für die Forschung von großer Bedeutung. Im Folgenden wird versucht, Briefe von PatientInnen der *„Landes-Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke in Hall i. T.“* aus den 1910er bis in die frühen 1930er Jahre hinsichtlich ihrer Aussagen und Absicht zu analysieren und die darin formulierten Klagen zu skizzieren.

Die Briefe sind in unterschiedlichen Formen und Formaten erhalten geblieben: vom großformatigen Briefpapier bis hin zu winzigen Papierfitzeln – die in der Zeit des Ersten Weltkrieges aufgrund des Papiermangels in der Anstalt keine Seltenheit waren –, auf karierten oder linierten Blockblättern, auf weißem oder farbigem Papier. Ähnlich wie bei der Papierqualität variieren die Niederschriften. Die Bandbreite reicht von formal einwandfreier und grammatikalisch korrekter

Schönschrift bis hin zu mikroskopisch kleinem, mit Tinte oder Bleistift geschriebenem Gekrakel mit kaum lesbarer Buchstabenfolge. Die beigelegten adressierten Kuverts geben Hinweise darauf, dass diese eigentlich für die „Außenwelt" bestimmt waren, etwa für die Familie, Freunde und Bekannte oder für politische Organe, wie die Statthalterei für Tirol und Vorarlberg oder Vertreter des Ministeriums des Innern.

Bis weit in das 20. Jahrhundert hinein wurden die Briefe der PatientInnen von der Anstaltsleitung kontrolliert. Diese Vorgehensweise war in geschlossenen Anstalten dieser Zeit üblich und hatte neben der Kontrollfunktion diagnostische Gründe. Aus damaliger ärztlicher Sicht konnte aus den Briefen der PatientInnen ihr Erkrankungszustand im wahrsten Sinne des Wortes „abgelesen" werden. Die entsprechenden Passagen der Briefe, das *„krankhafte Moment"*, welches die Ärzte zwischen den Zeilen zu finden glaubten, wurden anschließend zur Dokumentation des Krankheitszustandes oder Genesungsfortschrittes in die Krankengeschichte übertragen oder die Briefe als Ganzes eingelegt. Zur Kenntlichmachung der sensiblen Textpassagen wurden die entsprechenden Zeilen mit Farbe hervorgehoben oder unterstrichen. Die Kontrolle der Briefe dürfte neben den erwähnten diagnostischen Gründen auch – und das wird an den im Tiroler Landesarchiv archivierten Briefen deutlich – der Anstaltsleitung als Rechtfertigung gedient haben, die im Falle einer dadurch in die Wege geleiteten Untersuchung von Bedeutung werden konnte. Letztendlich sollte das Zensurieren der Briefe verhindern, dass für die Anstaltsleitung unangenehme Informationen an die Öffentlichkeit kamen.

Die PatientInnenbriefe lassen sich hinsichtlich Inhalt und Motiv in zwei Großgruppen einteilen: Erstens in „geheime" Beschwerdebriefe, deren Inhalt der Anstaltsleitung nicht bekannt war und die vermutlich von Besuchern herausgeschmuggelt wurden und zweitens in Briefe, die kontrolliert und dann offiziell abgesendet wurden und zumeist an die Familie oder Bekannte adressiert waren. Diese wurden offenbar als „unbedenklich" betrachtet und an die Adressaten weitergeleitet. Die Beschwerdebriefe hingegen enthalten meist brisante Inhalte, weshalb die Schreiber bzw. Schreiberinnen den offiziellen Weg über die Direktion vermieden und ihre Briefe an Dritte, an Vertrauenspersonen, zur Versendung übergaben.[1] In einigen der über diesen Weg aus der Anstalt gelangten Briefe wird deutlich, dass die VerfasserInnen Angst vor Repressions- und Sanktionierungsmaßnahmen hatten und das Entdecken ihrer Beschwerdebriefe fürchteten. So findet sich in einem Brief des Patienten M. an das Staatsamt für Justiz in Wien, in welchem er die katastrophalen Versorgungsprobleme in der Anstalt Hall während

des Ersten Weltkrieges schildert, die ausdrückliche Bitte, seinen Namen nicht zu verwenden, damit er *„vor allfälligen Racheakten“*[2] als Konsequenz der Anstaltsleitung geschützt sei.



Abb. 44: Innenhof im ehemaligen Verwaltungsgebäude des Landeskrankenhauses Hall (ohne Datum)

Ein anderer in diesem Zusammenhang interessanter Beschwerdebrief stammt aus der Feder des Kontoristen und „Weinreisenden“ A. aus dem Jahr 1914, der seinen Aufenthalt in der Haller Anstalt einer *„sibirischen Gefangenschaft“* gleichsetzte. Sein Brief war von Bauern, die in der Nähe der landwirtschaftlichen Kolonie *„Gaislöd“* wohnten, herausgeschmuggelt worden. So war es A. gelungen, sich an die Statthalterei zu wenden, um seinen *„energisch[en] Protest über die zwangsweise ungerechtfertigte Internierung in die hiesige Landes-Irrenanstalt sowie deren brutalen Vorgehen und Behandlung von Seite der Anstaltsdirektion“* zu erheben.[3] Laut seiner Schilderung wurden die *„Insassen“* in der landwirtschaftlichen

Kolonie weniger aus therapeutischen als aus ökonomischen Gründen zur Arbeit angehalten. In der Kolonie *„Gaislöd“* würden, so Patient A.,

„[…] junge starke Bauernburschen [arbeiten], welche keine Angehörigen mehr besitzen, folglich […] trotz ihrer längst schon erlangten Gesundheit hier im Drecke stecken bleiben müssen. Anstatt dieselben per Schub ihren Gemeinden zu übergeben, werden sie schön zu Feldarbeiten heran gezogen, für die eigenen Anstaltsäcker, Gärten und Wiesen und so weiß die Anstalt ihren Nutzen auszunützen während die Bauerngemeinden auf diese Weise betrogen werden weil sie einzahlen müssen in der Meinung, Kranke vor sich zu haben.“[4]



Abb. 45: Anstaltsmauern mit Forensik am Gelände des Landeskrankenhauses Hall (2010)

Neben der körperlichen Ausbeutung arbeitsfähiger *„Insassen“* beklagt sich A. auch über die psychische sowie physische Gewalt durch das *„ständige […] Schikanieren des Wärterpersonals“*. Einfache *„grobe Reden“* würden als Zeichen der Krankheit bzw. Rückfälligkeit gedeutet und zu Bestrafungen führen. Er selbst sei mehrere Male sogar *„gewalttätig mißhandelt“* worden. Offene Kritik an den Zuständen oder der Wunsch nach Entlassung sei schier unmöglich und mache seinen Aufenthalt dort *„noch mehr wie unangenehm“*.[5] Dies hätte er selbst bereits erfahren müssen, als er anlässlich der Mobilisierung versucht hatte, aus der Anstalt entlassen zu werden:

„Man gab mich, um sich eventuell vor dem Briefschwindel[6] *zu schützen[,] in […] [die] Abteilung der geisteskranken Verbrecher, dort ließ man mich […] vollkommen abgesperrt von jeder Person. Als Schlufstätte [sic] diente mir ein alter*

Strohsack auf dem Boden in einer Zelle, wo Abends noch das letzte Luftloch vollkommen abgeschlossen wurde, so dass ich als Patient weder ein Wasser noch ein kleines bisschen Luft hatte.“[7]

Schlechte Behandlung war zweifelsfrei eines der Hauptthemen in den Beschwerdebriefen. Aber auch Klagen über mangelnde Hygiene, Nahrung und das *„Hungerleiden“*, die Unterbringung in überfüllten und unbeheizten Räumen oder über *„Arbeitszwang“* sind zahlreich. Als eindrucksvolles Beispiel können die vielen erhaltenen Beschwerdebriefe der Patientin C. aus dem Jahr 1914 gelesen werden, die sich in einem abgefangenen und in der Patientenakte verwahrten Brief an einen Oberstaatsanwalt über die schlechte Qualität der Mahlzeiten beschwerte: Die Suppe sei das *„reinste Abspülwasser“*, die Knödel *„schwarz“ und „hart[,] das[s] man Kegeln damit konnte“* und alle Mahlzeiten würden auf *„altem schmutzigen Blechteller“* gereicht.[8] Da ihre Proteste bei den täglichen Visiten nicht gefruchtet hätten, sei sie – und das ist auch in der Krankenakte dokumentiert – in eine Art Hungerstreik getreten. Über einen langen Zeitraum nahm C. dann nur mehr Milch zu sich. Als sie u. a. aufgrund des physischen Kräfteverlustes schließlich gewillt bzw. gezwungen war, ihren Streik abzubrechen, wurde dies von der Anstaltsleitung aber ignoriert. Die „verordnete“ Weiterführung der *„Protestdiät“* deutete die Patientin deshalb als Sanktionsmaßnahme des Oberarztes wegen ihres Streikes:

„Am Peter [und] Paul Tag verlangte [ich] Mittagessen das erstemal seit November. Man gab mir nichts [zu essen] und ich hatte solch furchtbaren Hunger[,] dass ich 12 Portionen gegessen hätte – ich bekam um früh 7 Uhr[,] Nachmittag 3 Uhr u[nd]. [am] Abend 6 Uhr [aber nur]ein bisschen Milch. Als um 3 Uhr die Milch mir gebracht wurde[,] sagte ich[,] wenn ich kein Mittagessen bekomm[,] dann brauch ich auch keine Milch[.] Wenn ich so kaputt[,] werde geht es doch rascher als dies langsame dahin vegitieren u[nd] hinsichen[,] denn das ist zum Leben zu wenig und zum Sterben zu viel.“[9]

Neben den angeführten Beschwerden wurde auch thematisiert, dass die PatientInnen sich stigmatisiert fühlen und sich um ihre Zukunft nach dem *„Narrenhäusl“* sorgen. So schrieb beispielsweise Patient A. in einem Brief an die Statthalterei:

„Wer gibt mir die Entschädigung und das […] Zutrauen wieder [um] eventuell eine Vertrauensstelle zu bekommen? Meine Angehörigen nicht, weil sie selbst nichts haben und eine Frauenperson schreckt zurück[,] wenn ich einen Irrenhausentlassungsschein als letzten Nachweis erbringen kann.“[10]

Einen völlig anderen Charakter haben die PatientInnenbriefe des zweiten Typs, die eine vorzeitige Entlassung erwirken sollten und die in der Regel an die Angehörigen als „unbedenklich“ weitergeleitet oder direkt an die Anstaltsleitung adressiert waren. Als Beispiel für diesen Typ kann der Brief der Patientin C. aus dem Jahr 1930 gesehen werden. Der Inhalt dieses Briefes ist indirekt, nämlich über einen Beschwerdebrief ihres Mannes an die Tiroler Landesregierung überliefert, der die Beteuerungen seiner Frau und ihre Krankheitseinsicht benutzte, um ihre Übernahme in die häusliche Pflege zu erreichen. Sie würde *„[…] immer fleißig arbeit[en] in der Anstalt. Ich bin jetzt ganz anders geworden wie ich gewesen bin. Liebster Mann ich werde mich jetzt in der Wohnung ruhig aufhalten. Ich mache keinen Lärm mehr […]“.*[11] Auch würde sie sich Dank der Anstaltsbehandlung nun in einem besseren Zustand befinden und sich der Schuld bewusst sein, die zu ihrer Einweisung geführt hat, nämlich eine handgreifliche Auseinandersetzung mit ihrer Nachbarin. Auch bereue sie den Grund dafür aufrichtig und verspreche, sich hinkünftig anders zu verhalten. Es sieht ganz so aus, dass sowohl die Briefschreiberin als auch deren Ehemann wussten oder ahnten, dass die Briefe der PatientInnen gelesen und diagnostisch gedeutet würden, also dementsprechend formuliert sein müssen, um eine Entlassung letztendlich auch zu erreichen: Fleißiges Arbeiten, ruhig sein, Krankheitseinsicht und Bestätigen des Behandlungserfolges sollten den Ärzten zeigen, dass der Wunsch der Patientin nach vorzeitiger Entlassung gerechtfertigt sei.

Dass dieses Wissen um die Kontrolle der Briefe unter den PatientInnen der Anstalt existierte und kein Einzelfall war, wird auch in den Briefen des Patienten W. aus dem Jahr 1931 überdeutlich:

„Lieber Freund! […] Es würde mich unendlich (halt! da habe ich wieder einen starken Ausdruck, einen ‚pathetischen Ton', der ein Beweis für meine Manie ist [verwendet]) ja, es würde mich freuen, wenn du eines Tages hier erschienst in der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Hall i.T.“[12]

Das Wissen der PatientInnen um die Kontrolle der Briefe wirkte sich, so ein vorläufiges Resümee, auf zweierlei Weise aus. Erstens versuchten PatientInnen, die sich über Behandlung und Versorgung in der Anstalt beschweren wollten, ihre Briefe der Kontrolle zu entziehen, um Sanktionen zu vermeiden. Ihr Anliegen zielte auf die Information Dritter, zum Teil auf Hilfe von außen. Andere PatientInnen wiederum nutzten dieses Wissen, um die kontrollierenden Personen, die Anstaltsleitung und die Ärzte, zu „manipulieren" und damit ihre Entlassung zu erwirken. Neben den unterschiedlichen Motiven und schriftlichen Schilderungen des Lebens in der Anstalt ist für die Forschung interessant, dass die Kontrolle der Briefe zumindest bis in die 1930er Jahre und darüber hinaus Gang und Gebe war und auch, dass es für PatientInnen äußerst schwierig war, auch mit Unterstützung der Angehörigen, vorzeitig entlassen zu werden. In psychiatrischen Anstalten leben zu müssen, bedeutete wie allgemein in „Totalen Institutionen" (Erving Goffman), neben zahlreichen Einschränkungen der persönlichen Freiheit eben auch, sich nicht in entsprechender Form artikulieren zu können und damit den Verlust eines wesentlichen bürgerlichen Rechtes, das der Brieffreiheit.

Anmerkungen

1 Vgl. Nolte, Karen, Gelebte Hysterie. Erfahrung, Eigensinn und psychiatrische Diskurse im Anstaltsalltag um 1900, Frankfurt a. M.-New York 2003, S. 76f.

2 Vgl. Tiroler Landesarchiv (TLA), Landesregierung für Tirol 1919, Abt. VI, Zl. 490-51 (Faszikel 219), Irrenanstalt Hall, Beschwerde.

3 TLA, Statthalterei 1914, Abt. VI, Zl. 1368 – 51, Beschwerdebrief A. an die Statthalterei vom 16.11.1914.

4 Ebenda.

5 Ebenda.

6 Gemeint sind Beschwerdebriefe des Patienten an die Direktion und an Militärbehörden.

7 TLA, Statthalterei 1914, Abt. VI, Zl. 1368 – 51, Beschwerdebrief A. an die Statthalterei vom 16.11.1914.

8 Historisches Archiv des PKH, Patientinnenakte C., Brief C. an Oberstaatsanwalt Dr. Hirn vom 23.8.1914.

9 Ebenda.

10 TLA, Statthalterei 1914, Abt. VI, Zl. 1368 – 51, Beschwerdebrief A. an die Statthalterei vom 16.11.1914.

11 TLA, Amt der Tiroler Landesregierung 1930, Abt. II b, Zl. 587-X-47, Beschwerdebrief an die Landesregierung, darin Schreiben der Patientin G. an ihren Mann vom 14.9.1930.

12 Historisches Archiv des PKH, Patientenakte W., Brief W. an Dr. Hans Ekkan vom 28.11.1931.



Abb. 46: Teilansicht des früheren Psychiatrischen Krankenhauses in Pergine (2010)

Felice Ficco

„In der Hauptsache schreibe ich Tagebuch als Notwehr“

Psychiatriepatienten erzählen

„Das medizinische Interesse an Geschriebenem von Patienten“ – wie Mario Galzigna[1] in seinem Artikel *„La malattia morale. Alle origini della psichiatria moderna“* (deutsch: Die sittliche Krankheit. Vom Ursprung der modernen Psychiatrie) schreibt – *„war schon in der frühen Neuzeit vorhanden, besonders im 18. Jahrhundert, wie die inzwischen berühmten Texte von Tissot und Bienville bestens beweisen.“* [2] Aber erst mit dem Auftauchen der Psychiatrie als Wissenschaft und unter expliziter *„Aufforderung“* der Psychiater wird das geschriebene Wort des Geisteskranken ein wichtiges Diagnose- (und später auch Therapie-) Element, das hauptsächlich zur Feststellung der potenziellen Gemeingefährlichkeit des Kranken herangezogen wurde. Auch Salerio Prosdocimo, der im 19. Jahrhundert über viele Jahre Direktor der Anstalt San Servolo in Venedig war, *„machte oft von diesem Hilfsmittel Gebrauch“* – erinnert sich Vigna[3] – *„besonders in den leider zahlreichen Fällen, bei denen er einen latenten Verfolgungswahn argwöhnte […]“*.[4] Mit dem Entstehen der „Irrenanstalt“ hatte die Psychiatrie von Anfang an darauf bestanden, diese als privilegierte, von der Außenwelt abgeschlossene Heilanstalt zu führen: Der Kranke fand sich so *„weggeschlossen“*, (fast) ohne Kontakt zur Außenwelt. Doch bestand zwischen *„drinnen“* und *„draußen“* weiterhin ein Bedürfnis nach Kommunikation, das sich im Versenden verzweifelter Nachrichten zeigte, den Botschaften von Angehaltenen, die mit der Welt jenseits der Mauern wieder Kontakt aufnehmen wollten: kleine Zeugenschaften, Anklagen, zensierte und unzensierte Briefe, Memoiren und Autobiographien. *„In diesem Kontext begünstigen“* – so Paolo Peloso – *„die Distanz vom familiären Umfeld, von der*

Unmittelbarkeit des gesprochenen Wortes und die Zwangsisolierung ohne Zweifel den Rekurs auf die Schrift als Mittel zur Wiederherstellung der Kommunikation in stellvertretender Form.“ [5]

Psychiatrische Patientinnen und Patienten beginnen aus unterschiedlichen Gründen zu schreiben bzw. zu erzählen: nach Aufforderung oder auf Befehl des Arztes, um latente Delirien oder *„geistige Verirrungen“* sichtbar werden zu lassen oder spontan, um mit Familienmitgliedern zu kommunizieren, um den Gerichtsbehörden Missbräuche anzuzeigen oder um sich die eigene Identität zu rekonstruieren. Ermanno Cavazzoni[6] versuchte eine Typologie dieser autobiographischen Schriften zu erstellen, die er auf halbem Weg zwischen dem privaten Gespräch und dem öffentlichen Diskurs ansieht, indem er vier (bzw. fünf) grundlegende Typen unterschied:

An erster Stelle steht der *Brief*, die am häufigsten verwendete Form. Es gibt einen klar definierten Ansprechpartner, an den man sich wendet, oft ist es der Arzt oder Familienangehörige. In diesem Zusammenhang muss darauf hingewiesen werden, dass viele Briefe zensiert oder nicht abgeschickt wurden, da sie Klagen und handfeste Anschuldigen gegen das Personal oder die Einrichtung im Allgemeinen enthielten. An zweiter Stelle sind die *autobiographischen Memoiren* zu nennen, in welchen sich die Schreibenden an keinen bestimmten Gesprächspartner wenden, sondern allgemein zu potenziellen Lesern und Leserinnen sprechen und aus dem Gedächtnis vergangene Abenteuer wieder hervorholen; als Beweis, aber auch um die eigenen Gedanken neu zu ordnen und um dem Gelebten einen Sinn zu geben. An dritter Stelle ist die *romanhafte (Auto)Biografie* zu nennen, die sich an der Vorlage des Romans orientiert und worin sich der Schreiber oder die Schreiberin an ein breites Publikum wendet. Es folgt als vierter Typus der *Roman*, in welchem die Autobiographie zur narrativen Fiktion mit pseudonymen Personen wird. An fünfter Stelle steht schließlich das *Tagebuch* als tagtäglich geschriebene *„Direktaufnahme“* oder einfache Berichterstattung dessen, was um den Schreiber bzw. die Schreiberin herum passiert; manchmal kommentar- und kritiklos oder aber als kommentierte Schilderung von Vorgangsweisen des Personals, des Verhaltens der anderen Patientinnen und Patienten oder als Beschreibung der eigenen Erfahrungen. Cavazzoni unterscheidet bei diesen Autobiographien weiter, ob der Fokus auf dem äußeren Leben der Schreiberin bzw. des Schreibers liegt oder ob dieser nach innen, auf das Innenleben gerichtet ist. Die erste Form nennt er *„autobiographische Erlebnisse“*. Sie sind *„dem gewidmet, was das Leben an Bewegtem und Öffentlichem gehabt hat, und wo die Romanform überwiegt*“, wäh-

rend er die zweite als *„geistige Autobiographie“* bezeichnet, *„in denen die gesamte Aufmerksamkeit auf innere Empfindungen und auf oft sehr ungewöhnliche, persönliche psychologische Erlebnisse gerichtet ist, während die Außenwelt mit ihren Ereignissen, die Welt aller, an Konsistenz und Bedeutung einbüßt und im Hintergrund bleibt, wie ein fernes Echo im Kopf des Erzählers.“*

Zwei Fallbeispiele: Antonio und Bruno

Meine Erfahrungen mit Geschriebenem von Psychiatriepatienten beziehen sich hauptsächlich auf zwei Fallgeschichten: jene von Antonio und jene von Bruno. Es handelt sich beim ersten um eine autobiographische Erzählung, veröffentlicht in der Schriftenreihe des Museo Storico in Trient, herausgegeben von Quinto Antonelli[7] und mir; und beim zweiten um einen täglich minutiös geführten Tagebuchbericht eines dreimonatigen Aufenthaltes (von Mai bis Juli 1975) im Ospedale Psichiatrico von Pergine, der 2007 wiederum in der Schriftenreihe des Museums in Trient erschienen ist und von Rodolfo Taiani[8] und mir herausgegeben wurde.

Antonio: Dem eigenen Leben einen Text geben

Antonio beschreibt in seiner autobiographischen Erzählung 1978 seine lange „*Anstaltsgeschichte*“: In den 1930er Jahren – er war damals 15 Jahre alt – wurde Antonio zum ersten Mal in eine Anstalt gebracht, in eine Erziehungsanstalt für Jugendliche. Nach diesem Aufenthalt folgten zwei weitere Anstaltsunterbringungen – einmal in einer forensischen, einmal in einer allgemeinen Abteilung – bis er schließlich in den 1960er Jahren in die Psychiatrische Klinik in Pergine eingeliefert wurde, wo er bis 1978 blieb.[9] Er wurde daraufhin in ein Altenheim entlassen. Dort lebte er weiter.

Antonio schreibt seine Memoiren, um seine Existenz zurück zu gewinnen, sie gleichsam zu retten: Mit der Erzählung wird sie wahr bzw. bewahrheitet sie sich. Für ihn bedeutet der Text über sein Leben bzw. seine gelebte Realität mehr als das bloße Verfassen eines Textes, welcher seine Geschichte beinhaltet. Es entspricht vielmehr der Herstellung der eigenen Präsenz, die eben dieser Text ist. Er ist auf bestimmte Weise ein *„Perverser“,* der seine eigene (nicht nur sexuelle) Perversion mit der institutionellen vermischt. Im Anstaltsleben findet er jene *„skanda-*

löse" Entsprechung, die es ihm erlaubt, weiterzuleben. In seiner autobiographischen Erzählung

„[…] hört er nicht auf zu beteuern, dass sein Aufenthalt in den Anstalten auch auf seiner freien Wahl beruhe und dass sein Leben nicht mit dem der anderen Unglücklichen verwechselt werden könne und dürfe und dass er – solange er schreibe – seine Denkfähigkeit und seine Fähigkeit zum Subjektsein noch nicht eingebüßt habe".[10]

Mit Blick auf die autobiographische Erzählung von Antonio (und die anderer Patientinnen und Patienten) kommt spontan eine Frage auf: Ist das, was er erzählt, Wahrheit oder Dichtung?

Eine erste Antwort gibt er selbst, wenn er behauptet: *„Man bedenke […], auch wenn ich nicht die ganze Wahrheit erzählen kann, ist das, was ich schreibe, ganz Wahrheit"*. Mit Sicherheit ist es *„seine"* Wahrheit: eine subjektive Realität, die zahlreichen Bedürfnissen nachkommt, keineswegs bloß eine deskriptive oder anklagende, sondern auch ein Versuch (wie weit dieser gelungen ist, wissen wir nicht), in die Anstaltserfahrung eine Ordnung und einen inneren Sinn hineinzutragen.

In den Schriften von Psychiatriepatientinnen und -patienten (und natürlich nicht nur dort) gibt es Tatsachen und Umstände, die verheimlicht und nicht gesagt werden, oder nur verzerrt zum Ausdruck kommen. Trotzdem stellen diese Schriften eine spezifische *„Realität"* dar und beschreiben eine persönliche und institutionelle Geschichte, die oft von der psychiatrischen Wissenschaft, die gegenüber dem Geisteskranken eine mystifizierende und unterdrückende Haltung einnimmt, geleugnet oder verfälscht wird. Im Fall von Antonio sind die (drei) psychiatrischen Gutachten, denen er unterzogen wurde, sehr hilfreich bei einer Gegenüberstellung mit dem, was er in seinen Erzählungen beschreibt: Ich habe eine fast totale Übereinstimmung mit den erzählten Tatsachen gefunden, zumindest von einem „objektiven" Standpunkt aus betrachtet.

Bruno: *„In der Hauptsache schreibe ich Tagebuch aus Notwehr"*

Die beiden Hefte von Bruno, die wir veröffentlicht haben, wurden im Verlauf von drei Monaten (Mai – Juli 1975) in der psychiatrischen Anstalt von Pergine

geschrieben. Es handelt sich um ein Tagebuch von 350 Seiten mit regelmäßigen täglichen Eintragungen. Bruno hatte sein Heft immer bei sich – er trug es unter der Jacke, aus Angst es könne ihm weggenommen werden, was bereits passiert war – fast wie ein Amulett, ein Übergangsobjekt, auf halber Stufe zwischen drinnen und draußen, zwischen der inneren und äußeren Erfahrung. Sein Tagebuch ist eine Direktaufnahme, eine fortlaufende Aufzeichnung der eigenen Gedanken und all dessen, was um ihn herum passiert und ihn betrifft; insbesondere das Anstaltsleben in seinem sich wiederholenden und entfremdenden Ablauf. Nur selten lässt er sich zu kritischen Beobachtungen verleiten, oder dazu, „negative" Ereignisse zu erzählen, welche Ärzte und – insbesondere – das Pflegepersonal betreffen und die negativ auf ihn zurückwirken könnten, was er aus eigener Erfahrung gelernt hatte. Zu einem großen Teil handelt es sich um ein „Serientagbuch", doch man wird das Gefühl nicht los, dass es sich bei seinen Aufzeichnungen über weite Strecken um einen Live-Mitschnitt handelt.

Bruno schreibt Tagebuch aus Notwehr: Es ist einerseits eine Anklageschrift gegen das System der psychiatrischen Anstalten und gleichzeitig ein Dokument, das seine Unschuld bezeugen soll. Er wendet sich an den Abteilungsarzt und schreibt:

„Wissen Sie, Herr Doktor! Tagebuch schreibe ich in der Hauptsache zur Selbstverteidigung – wehrlos und ohne Zeugen lässt sich von mir alles behaupten. Ich habe nicht einen Tag in der Klinik verbracht, ohne ihn nicht wahrheitsgetreu schriftlich zu reproduzieren – ich habe gut 20.000 S. in Bz [sic!] – und in der Vergangenheit habe ich strafbare Handlungen ertragen, ich muss sagen, dass sich der Aufenthalt in der psychiatrischen Anstalt in den letzten 5/6 Jahren verbessert hat."[11]

„Notwehr" ist mit Sicherheit ein nachvollziehbarer Grund, der Psychiatriepatientinnen und -patienten bewegt, mit dem Schreiben zu beginnen. Sie wollen ihrer „*Stimme*" Gehör verleihen, Gehör gegenüber dem Personal, das in den Krankenakten wenig schrieb und wenn, dann oft nur, um Fakten zu bestätigen oder sie zum eigenen Vorteil auszulegen. Für Bruno war das Tagebuch Selbstverteidigung, sein Zeuge. Für ihn war der Verlust des Tagebuchs oder der Möglichkeit zu schreiben, wie sterben, wie verschwinden. Bruno schreibt, um dem medizinischen *„Wissen"* entgegenzuwirken, das ihn als *„den üblichen schmierigen und streitsüchtigen Kranken [...] ohne Begriff von Krankheit"* definiert. Und er schreibt,

um der Gewalt entgegenzuwirken, die ihn in einer Anstalt eingeschlossen hält, wo er einen unerträglichen Freiheitsentzug aushalten muss: *„Ich kämpfte hart gegen das Eingeschlossensein in der Anstalt soweit wie nur möglich zurückgezogen vom verderblichen Umfeld."* Sein Text richtet sich direkt *gegen* die psychiatrische Einlieferung, gegen deren Theorie, Therapie und Disziplin; auf diese Weise nähert er sich den damaligen Ideen und Haltungen der Anti-Psychiatrie (nicht nur in Italien), mit anderen Worten jenem Teil der Psychiatrie, der den Theorien und der psychiatrischen Praxis jede wissenschaftliche Grundlage aberkannte. Dieser Aspekt, auf den man in den Schriften von Antonio und Bruno stößt, stellt eine gewisse Übereinstimmung – quasi eine *„Komplizenschaft"* – zwischen der Kritik der Schreiber in den Anstalten und der aufkommenden antipsychiatrischen Ideologie dar. Unklar bleibt dabei, ob bzw. wie viele von Brunos Ideen über Medikamente und „konservative" Ärzte seinen persönlichen Überzeugungen entsprungen sind und welche aus der besonderen Beziehung zwischen ihm und dem jungen Psychiater und Anhänger Basaglias entstanden waren. Bruno schreibt:

„NB. Ohne es täglich auszudrücken = MAN BEDENKE DAS KRIMINELLE MARTYRIUM dem man ununterbrochen ausgesetzt ist durch die sträfliche sanitäre Leitung dieser Irrenanstalten DIE NIE KONTROLLIERT WERDEN in keiner Weise von der zivilen Welt – OHNE jede Möglichkeit zu einem HILFEruf/ Einschreiten gegen / für die schwersten ‚Vergehen' denen man häufig ausgesetzt ist, auch ununterbrochen = ‚Vergiftungen' durch kriminelle, fälschlich vergessene ‚Therapien', ‚Entführungen', ‚die schwersten Verletzungen', auch Morde (siehe Tagebücher aus vergangenen Jahren) ‚Verleumdung' usw. usw. =".

Die Publikation von Schriften von Psychiatriepatientinnen und -patienten werfen Fragen der Zulässigkeit der Veröffentlichung auf. In diesem Fall hofften sowohl Antonio als auch Bruno auf eine Veröffentlichung ihrer Geschichten: Sie erklären implizit ihr Einverständnis und somit ihren Nicht-Willen, das Geheimnis zu wahren, wenn wir laut Art. 622 des italienischen Strafgesetzbuches unter Geheimnis das verstehen, *„was nicht verbreitet werden darf, jene Tatsache oder Notiz, die eine Person dem Wissen von anderen entziehen will"*.

Anmerkungen

1 Galzigna, Mario, La malattia morale. Alle origini della psichiatria moderna, Venezia 1988.
2 Tissot, Samuel Auguste, L'onanisme, Paris 1765; Bienville, D. T., La ninfomania o sia il furore Uterino, Venezia 1786.
3 Vigna, C., Del Prosdocimo dottor Salerio, Venezia 1883.
4 Galzigna, Mario / Terzian Hrayr, L'archivio della Follia. Il manicomio di San Servolo e la nascita di una Fondazione. Antologia di testi e documenti, Venezia 1883.
5 Peloso, Paolo Francesco, Il primo esperimento italiano di periodico socioterapico (1961–74) redatto dai degenti degli ospedali psichiatrici genovesi, in: Atti dell'Accademia Ligure di Scienze e Lettere L (1993), S. 231-250.
6 Cavazzoni, Ermanno, Le „autobiografie mentali" negli ospedali psichiatrici emiliani, in: Materiali di Lavoro I-II (1990), S. 61-71.
7 Antonelli, Quinto / Ficco, Felice (Hg.), Psycopathia sexualis. Memorie di un internato psichiatrico, Trento 2003.
8 Ficco, Felice / Taiani, Rodolfo (Hg.), Abitare la soglia. Scene di vita in un interno manicomiale, 1947–1977, Trento 2007.
9 Di Marco, Giacomo, Moosbrugger a Pergine?, in: Antonelli, Quinto / Ficco, Felice (Hg.), Psycopathia sexualis. Memorie di un internato psichiatrico, Trento 2003, S. 8.
10 Ebenda.
11 Ficco, Felice / Taiani, Rodolfo (Hg.), Abitare la soglia.



Abb. 47: Akten im Historischen Archiv des Landeskrankenhauses Hall (2009)

Angela Grießenböck

„Da sich Ärztinnen für Irrenanstalten nicht eignen, kommen nur Ärzte in Betracht"

Die Akte Schuster

Das Titelzitat stammt von Landessanitätsdirektor Paul Daser und resümiert das Ergebnis seines *„Inspektionsberichts"* in der *„Landes-Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke"* in Hall vom Februar 1929. Der Hintergrund, der den Inspektor zu dieser Aussage veranlasste, war die *„Akte Schuster"*, welche die kurze und konfliktbeladene Geschichte der ersten Anstaltsärztin in Hall, Adelheid Schuster, zum Gegenstand hat.[1] Hintergrund der Geschichte sind Personalstreitigkeiten in einer Zeit prekärer Unterbesetzung. Der Stand des ärztlichen Personals war mit Ausnahme der nur kurzen Periode zwischen 1905 und 1914 bis dahin nicht erhöht worden, obwohl sich die Zahl der PatientInnen beinahe verdoppelt hatte. Personalrochaden, der Austritt der Anstaltspsychiater Leo Christanell und Hans Knoflach sowie der allgemeine Mangel an Psychiatern mit Erfahrung dürften dann ausschlaggebend für die Anstellung von Adelheid Schuster gewesen sein. Zeitgleich mit Schuster wurde als weiterer Psychiater Ludwig Schmuck angestellt, der wie Schuster zuvor als praktischer Arzt gearbeitet hatte. Schmuck, der nun den Dienst als *„erster Anstaltsarzt"* versah, war zuvor als Hilfsarzt in der Heilanstalt für Lungenkranke bzw. Tuberkulose in Hochzirl tätig gewesen. Auch die als *„zweiter Anstaltsarzt"* beschäftigte Adelheid Schuster verfügte nicht über spezifische Kenntnisse aus dem Fach der Psychiatrie.

Verhältnis des Ärzte- und Pflegepersonals zur Gesamtzahl der PatientInnen in Hall in Fünfjahresschritten

Zeitraum	„InsassInnen" (Gesamtzahl)	ÄrztInnen	Pflegepersonal	„InsassInnen" pro Arzt	„InsassInnen" pro PflegerIn
1885	381	3	50	ca. 127:1	ca. 8:1
1890	411	3	50	ca. 137:1	ca. 8:1
1895	410	3	ca. 50	ca. 137:1	ca. 8:1
1900	544	3	keine Angabe	ca. 181:1	keine Angabe
1905	681	3	keine Angabe	ca. 227:1	keine Angabe
1910	948	ca. 5	keine Angabe	ca. 190:1	keine Angabe
1915	965	ca. 2	94	ca. 482:1	ca. 10:1
1920	593	3	keine Angabe	ca. 198:1	keine Angabe
1925	615	3	64	ca. 205:1	ca. 10:1
1930	1018	4	71	ca. 255:1	ca. 14:1
1935	961	3	73	ca. 320:1	ca. 13:1
Durchschnitt 1885-1935	684	3	67	ca. 223:1	ca. 10:1

Die 1899 als Bahninspektorstochter geborene Adelheid Schuster nahm 1918/19 als eine von 23 Studienanfängerinnen der Medizinischen Fakultät Innsbruck ihr Medizinstudium auf und beendete dasselbe am 2. Mai 1925. Ihre ersten Dienstjahre in der „Irrenanstalt" in Hall verliefen anscheinend problemlos. Erst nach „definitiver" vertraglicher Anstellung im Jahr 1927 kam es zu den im Folgenden beschriebenen Differenzen zwischen Schuster und ihren ArbeitskollegInnen, weshalb 1928 ein Disziplinarakt zur Person der Ärztin beim Amt der Tiroler Landesregierung angelegt wurde. Nachdem die jahrelangen Unstimmigkeiten nicht beigelegt werden konnten, nahm 1929 Sanitätsdirektor Paul Daser die Untersuchung der Vorfälle und Vorwürfe selbst in die Hand. Dass die Atmosphäre in der

Anstalt durch die Querelen bereits empfindlich gelitten hatte, war auch für ihn auf Anhieb erkennbar, wenn er schreibt:

„Der dienstliche Verkehr [der Ärzte] war zwar ein korrekter, aber gerade diese strikte und jeder Höflichkeitsform und Kameradschaftlichkeit bare Korrektheit bewies mir, wie gespannt und auf die Dauer unhaltbar das Verhältnis zwischen dem Direktor und Dr. Schmuck auf der einen Seite und Dr. Schuster auf der anderen Seite ist."[3]

Aus seinem Bericht geht weiter hervor, dass sich der zuständige Direktor Ernst Klebelsberg trotz zweimaliger behördlicher *„Disziplinierung"* der Ärztin für die Weiteranstellung von Adelheid Schuster ausgesprochen hatte, weil – so seine Begründung damals – er bei ansteigender PatientInnenzahl mit Dr. Schmuck alleine *„auf Dauer kein Auskommen"* fände und gezwungen sei, trotz der Probleme an Dr. Schuster festzuhalten. Augenscheinlich konnte auch Daser keine groben Vergehen der Ärztin feststellen. Weder ärztliche Fehler noch Fahrlässigkeit oder Probleme mit den PatientInnen konnten Dr. Schuster angelastet werden, vielmehr schienen die Probleme aus dem Umgang der Ärzte miteinander und aus persönlichen Konflikten zwischen der Ärztin und MitarbeiterInnen des Personalstandes zu resultieren. Auch hätte die Ärztin, die nach der Einschätzung Dasers eine *„sehr ehrgeizige"* und *„hypersensible Persönlichkeit"* sei, durch die kränkenden Maßnahmen regelrecht *„die Freude an der Arbeit"* verloren. Die stattgefundene Degradierung der Ärztin sei – so Daser – gegen das *„Statut"*, würde allen *„Grundsätzen der Gerechtigkeit"* widersprechen und hätte so auch zur Verschärfung der Zustände beigetragen.

Die weiteren Einvernahmen der beteiligten Konfliktparteien zeigten dann weiter, dass Dr. Schuster inzwischen nicht nur mit dem Direktor, sondern auch mit der Oberschwester, mit ihrem Kollegen Schmuck, dem *„Kontrollor"* Schneider und dem Anstaltskaplan in Konflikt geraten war. So gab die Schwester Oberin Elisabeth Heidegger bei ihrer Befragung am 18. Dezember 1929[4] an, dass es fortwährend zu Reibereien zwischen der Ärztin und den Pflegeschwestern gekommen sei. Mehrmals hätten sich dabei die Schwestern bei ihr über die *„unleidlichen Verhältnisse"* mit der Ärztin beschwert. Auch sie selbst sei einmal während ihres Personal-*„Überwachungsdienstes"* in der Frauenabteilung mit Schuster in



Abb. 48: Ärzte, Pflegerinnen und Anstaltskaplan der Landes-, Heil- und Pflegeanstalt in Hall (um 1920)

Konflikt geraten. Dabei sei es zu einem heftigen Wortgefecht zwischen ihr und der Ärztin gekommen, wobei Schuster *„in einem Tone, den [man] […] nur als barsch und anschnauzend bezeichnen kann“* sie gefragt haben soll, was sie hier zu suchen habe. Auch hätte die Ärztin eine schriftliche Beschwerde eingebracht und behauptet, dass sie, Heidegger, *„oft während der Vormittagsvisite auf den Abteilungen herum[spaziere], […] laut [sei], schwätze und kichere“* und die Ärztin störe.[5] Heideggers Aussage über das unglückliche Verhältnis der Ärztin zu den Schwestern wog schwer, denn Heidegger hatte sich in dieser Causa bereits an die Generaloberin der Barmherzigen Schwestern in Innsbruck gewandt, welche die Vorfälle an den Landeshauptmann-Stellvertreter Dr. Tragseil weiter getragen hatte und nun auch drohte, die Pflegeschwestern aus der Anstalt abzuziehen. Die Barmherzigen Schwestern waren seit 1881 in der „Landesirrenanstalt“ in Hall tätig und versahen dort neben der Patientinnenpflege auch den Küchen- und Hausdienst. Es lag daher keineswegs im Interesse der Institution und der Sanitätsdirektion, diese „Arbeiterinnen“ zu verlieren.

„Die fortwährenden Anstände, welche wir Schwestern mit der Frau Dr. S. haben, führen zu ganz unhaltbaren Zuständen in der Anstalt. Es fehlt das freundschaftliche Zusammenarbeiten zwischen dem Arzt und dem Pflegepersonal, welches zum

gedeihlichen Arbeiten in der Anstalt unbedingt notwendig ist. Unsere Schwestern fürchten sich geradezu vor Frau Dr. Schuster und nehmen die Zustände nur deshalb so geduldig hin, weil sie glauben, dass es ihre religiöse Pflicht ist, das zu tun. Ich bin der festen Überzeugung, dass das weltliche Pflegepersonal unter den gleichen Umständen schon längst auf und davon gegangen wäre.“[6]

Während die Aussagen der Schwester Oberin und des Direktors Paul Daser zum Teil wörtlich aufgenommen wurden, fehlen die Aktenteile zu den Aussagen von Schmuck und den anderen Konfliktbeteiligten sowohl in den Protokollen als auch im Inspektionsbericht. Ob überhaupt und wenn welcher Art die von Klebelsberg angeführten Konflikte der Ärztin mit Dr. Schmuck, dem *„Kontrollor“* Schneider oder dem Anstaltskaplan waren, ist daher nicht überliefert.

Inzwischen hatte der Direktor, der anfänglich an der Ärztin festgehalten hatte, eine neuerliche Stellungnahme verfasst. Aus dieser geht hervor, dass Schuster inzwischen außer Dienst sei, sich zumeist in ihrem Zimmer befände und er durch den Portier erfahren habe, dass sie krank sei. Seither habe er nichts von ihr gehört und wisse auch nicht, was ihr fehle und wie lange die Krankheit voraussichtlich noch dauern würde. Er sei nunmehr zur Meinung gelangt, dass *„der einzige mögliche Weg, um eine Besserung der Verhältnisse herbeizuführen, die sofortige und dauernde Entfernung der Frau Dr. S. aus der Anstalt“*[7] sei.

Letztendlich schloss sich Daser der Meinung des Direktors an, denn auch er verlangte *„als das einzige wirksame Mittel zur Gesundung der Anstaltsverhältnisse“* die *„sofortige und dauernde Entfernung der Dr. Schuster aus der Anstalt“*[8].

Aber was sollte nun mit Schuster geschehen, schließlich war sie bereits eine pragmatisierte Beamtin? Eine Abfertigung kam aus finanziellen Gründen für den Landessanitätsrat nicht in Betracht. Überlegungen, die Ärztin im Landesdienst weiter zu verwenden, lagen nahe, doch kam sie als Amtsärztin auf Grund ihrer fehlenden *„Vorbildung“* nicht in Betracht. Nach Dasers Überzeugung war generell *„eine Frau […] zum Amtsarzt keineswegs geeignet“*. Nach Schusters Abzug aus dem Haller Anstaltsdienst wurde sie daher zunächst beurlaubt und anschließend von 1931 bis 1934 im Gesundheitsamt des Landes beschäftigt. Danach betrieb sie als *„praktische Ärztin und Nervenärztin“* eine eigene Praxis in der Mozartstraße in Innsbruck.[9] Ihr Nachfolger in Hall wurde Adolf Wiedemann, der zuvor in der psychiatrischen Anstalt in Mauer-Oehling tätig gewesen war.

Welche Konsequenzen aber hatte der *„Fall Schuster“* für die Ärzteschaft in Hall? Ob die Ausgrenzung von Frauen aus festen Arztanstellungen als eine tat-

sächliche Konsequenz dieser „Causa" gewertet werden kann, lässt sich retrospektiv nicht beurteilen. An den „Personal-Standesausweisen", die sich im Historischen Archiv des PKH befinden, wird aber ersichtlich, dass dort erst 1967 wieder eine Ärztin beschäftigt wurde: Dr. Aloisia Pesendorfer war für ein einjähriges Praktikum als *„praktische Ärztin"* in der Wachabteilung für Frauen in Hall tätig, im Folgejahr versah Dr. Parthenopi Amantidou diesen Dienst, aber ebenfalls nur auf ein Jahr begrenzt.

Für eine umfassende Interpretation des überlieferten Aktenmaterials fehlen freilich zentrale Teile. So sind zum Beispiel die Stellungnahmen der Ärztin nicht erhalten geblieben. Was Schuster selbst dachte oder unternahm, wurde nur indirekt überliefert. So wissen wir, dass sie sich *„auf Schritt und Tritt von einem Advokaten beraten [ließ] […] und im Laufe der Zeit genügend Erfahrung erworben [hatte][…], um solche Dinge erfolgreich abwehren zu können."*[10]



Abb. 49: Symbolbild „Unverrückbare Stühle" (ohne Datum)

Die erste Ärztin war offensichtlich eine Person, die sich zwar mit rechtlichen Mitteln zu wehren verstand, letztendlich aber doch scheiterte. Weshalb die Akten, die ihren Standpunkt wiedergeben und zur Entlastung der Anschuldigungen beitragen hätten können, im Tiroler Landesarchiv ausgeschieden wurden, ist unklar. Tatsache ist, dass demgegenüber die verschriftlichten Aussagen des Direktors

und der Schwester Oberin archiviert und damit als „erhaltungswürdig“ erachtet wurden. Da die Sicht der beschuldigten Ärztin nicht dokumentiert wurde, kann auch nicht beurteilt werden, ob die *„Causa Schuster“* als ein Ergebnis eines unprofessionell gelösten Arbeitskonflikts, ein aus heutiger Sicht klassischer „Mobbingfall“ oder als systematische Ausgrenzung nicht männlicher Heilpersonen aus männlich dominierten Arbeitsfeldern zu interpretieren ist. Der Hinweis auf die Erkrankung der Ärztin könnte für ihren persönlichen Rückzug, für „Mobbing“ sprechen. Weitere Recherchen sind an dieser Stelle aber notwendig.

Anmerkungen

1 In den Repertorien des Präsidiums des Amtes der Tiroler Landesregierung im Tiroler Landesarchiv (TLA) sind über die Jahre 1928 bis 1932 (Disziplinar-)Akten verzeichnet, die aber bedauernswerter Weise skartiert wurden. Die im Beitrag verwendeten Quellen beziehen sich daher aus folgenden Akten: (TLA), Amt der Tiroler Landesregierung 1931, Abt. IIb, 44 – X – 47, Bericht des Landes-Sanitäts-Direktors über die Inspizierung der Landes-Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke in Hall i. T. am 26., 27. und 28. 2. 1929. TLA, Amt der Tiroler Landesregierung 1929, Abt. IIb, 680 – X – 39 l, Protokolle, aufgenommen Ende Dezember 1929. TLA, Landeshauptmannschaft für Tirol 1938, Abt. IIb, 167 – X – 39 l, Ansuchen Schusters um Zeugnis über ihre Tätigkeit im Gesundheitsamt.

2 Historisches Archiv im PKH, Jahresbericht der Landesirrenanstalt in Hall für 1900; Vgl. auch: Bibliothek des Landesmuseums Ferdinandeum, Z. 1447, Jahresberichte der Landesirrenanstalt in Hall für die Jahre 1905-1935.

3 TLA, Amt der Tiroler Landesregierung 1931, Abt. IIb, 44 – X – 47, Bericht des Landes-Sanitäts-Direktors über die Inspizierung der Landes-Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke in Hall i. T. am 26., 27. und 28. 2. 1929, S. 26.

4 Zitate im Folgenden aus den Protokollen des Sanitätsrates Daser mit Oberschwester Heidegger und Direktor Klebelsberg, TLA, Amt der Tiroler Landesregierung 1929, Abt. IIb, 680 – X – 39 l, Protokolle, aufgenommen Ende Dezember 1929.

5 Ebenda.

6 Ebenda.

7 Ebenda.

8 Ebenda.

9 Ob sie nach ihrer Beschäftigung in Hall eine Spezial- bzw. Weiterbildung absolviert hat, ist nicht bekannt.

10 TLA, Amt der Tiroler Landesregierung 1931, Abt. IIb, 44 – X – 47, Bericht des Landes-Sanitäts-Direktors über die Inspizierung der Landes-Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke in Hall i. T. am 26., 27. und 28. 2. 1929, S. 24.

Dott. MARIO ROSSI
MEDICO CHIRURGO
OSPEDALE PSICHIATRICO
PERGINE (Prov. di Trento)

n 19-gennaio-34-XII

[redacted] fu Antonio, di anni 44, nata e domiciliata a Caldonazzo, nubile, giornaliera; veniva ammessa in questo Istituto rispettivamente:

1° il 24-giugno-1925 e dimessa il 29-settembre-1925;
2° " 8 maggio 1926 e dimessa il 16 luglio 1926;
3° " 13 novembre 1926 e dimessa il 9 aprile 1927;
4° " 3 settembre 1927 e dimessa il 14 dicembre 1927;
5° " 6 luglio 1928 e dimessa il 6 maggio 1933.
6° " 11 maggio 1933.

E' tuttora degente. Veniva riconosciuta costantemente affetta da alcoolismo.

Attualmente è lucida ed orientata in ogni direzione, non rivela turbe psico-sensoriali, e pare ancora non esistervi delirio di sorta. Presenta, di tanto in tanto, irritabilità con risposta non adeguata allo stimolo (da due mesi circa lavora ma talora per la detta irritabilità, che la rende litigiosa, la si deve sospendere per qualche tempo). E' ordinata; tono sentimentale improntato a indifferenza. La notte riposa regolarmente. Si nutre.

Abb. 50: Patientenakte von Stefanie in Pergine (1934)

Dott. Mario Rossi

Anselmo Vilardi

Stefanies Leben

Die Geschichte einer Psychiatriepatientin aus Südtirol in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts

Die Biographie von Stefanie bietet einen interessanten Einblick in die Sozialgeschichte Südtirols. Ihr Fall bringt die Vorgangsweise der psychiatrischen und gerichtlichen Einrichtungen im Faschismus ans Licht und insbesondere die soziale Ausgrenzung einer Frau mit Alkoholproblemen in der damaligen Gesellschaft. Anhand ihrer Geschichte ist es außerdem möglich, einige der wichtigsten Phasen der Südtiroler Geschichte des 20. Jahrhunderts nachzuvollziehen, vor allem die Zeit der Option.

Stefanie wird in den 1890er Jahren in Kaltern, einer Gemeinde der heutigen Provinz Bozen, geboren. Von Geburt an ist ihr Leben von schweren sozialen und wirtschaftlichen Problemen überschattet. Ihre Familie deutscher Sprachzugehörigkeit lebt in tiefster Armut. Diese schwierige Situation wird durch die Alkoholsucht der meisten männlichen Familienmitglieder noch weiter verschärft. In diesem an sich schon problematischen Umfeld erfährt Stefanie in ihrer Kindheit ein weiteres furchtbares Trauma: ihr chronisch alkoholsüchtiger Vater erhängt sich. Andere Informationen über die ersten Jahrzehnte ihres Lebens fehlen.

In den Gesprächen mit den Ärzten des psychiatrischen Krankenhauses in Pergine Valsugana erklärt Stefanie wiederholt, das *„schwarze Schaf der Familie“* gewesen zu sein. Daraus kann geschlossen werden, dass sie schon sehr früh zu Alkoholmissbrauch neigte und möglicherweise auch Schwierigkeiten hatte, Beziehungen zur Familie und dem sozialen Umfeld aufzubauen.

Erst ab dem Ersten Weltkrieg stehen Quellen zur Verfügung, die gesicherte Aussagen über Stefanies Leben zulassen. Sie ergeben folgendes Bild: 1914 ver-

lässt Stefanie ihren Heimatort und beginnt durch das gesamte Gebiet von Alt-Tirol zu vagabundieren. Aus Gerichtsakten geht hervor, dass für Stefanie in jenen Jahren ihre soziale Ausgrenzung beginnt. Sie wird zunächst schwer alkoholabhängig, dann führt extreme Armut sie direkt ins Milieu der illegalen Prostitution. Wegen ihres Lebensstils und den damit verbundenen Krankheiten wird Stefanie dutzende Male in die Krankenhäuser von Bozen und Meran eingeliefert. Zudem wird sie zwischen 1914 und 1920 wiederholt verhaftet und in verschiedenen Ortschaften Alt-Tirols (Trient, Neumarkt, Bozen, Klausen, Brixen, Innsbruck und Hall) für die Vergehen des Vagabundierens, der illegalen Prostitution, des Alkoholmissbrauchs und der Beleidigung von Amtsperson verurteilt. Ende des Jahres 1920 kommt Stefanie nach Trient, wo sie laut Prozessakten ein *„freies Leben“* führt. Doch sie wird am 17. Dezember d. J. wegen derselben Vergehen erneut verhaftet. Unter dem Einfluss von Alkohol ist Stefanie stark erregt und außer Kontrolle, der Festnahme widersetzt sie sich mit Gewalt. Sie wird ins Gefängnis eingeliefert, wo sie weiterhin ein gewalttätiges Verhalten und Symptome emotionaler Labilität zeigt, sodass das Verabreichen von Beruhigungsmitteln und der Einsatz der Zwangsjacke für notwendig befunden werden. Den darauffolgenden Monat verbringt Stefanie im Gefängnis, wo sie weiterhin eine starke geistige Unausgeglichenheit zeigt. Sie wird von andauernder Unruhe, von Wahnattacken und Halluzinationen heimgesucht.

Angesichts ihres psychischen Zustandes wird am 22. Januar 1921 beschlossen, sie in die psychiatrische Klinik von Pergine Valsugana einzuliefern, wo folgende Diagnose gestellt wird: *„akuter, familienbedingter Alkoholismus bei einer Patientin mit erblichem Schwachsinn epileptischer Natur“*. Nach einem fünfmonatigen Aufenthalt wird Stefanie am 9. Juni 1921 als geheilt aus der Anstalt entlassen. Ohne Alkohol hatte sie sich in dieser Zeit in der Klinik absolut ruhig verhalten und den Ärzten erscheint die Verlängerung ihres Aufenthalts nicht länger erforderlich.

An diesem Ereignis lässt sich ein Charakteristikum des damaligen Verständnisses von psychiatrischer Behandlung aufzeigen: Die gültige Gesetzgebung sah vor, dass eine „verhaltensgestörte“ Person nur bis zu dem Zeitpunkt in einer psychiatrischen Einrichtung zu behandeln sei, bis sie für sich und andere keine Gefahr mehr darstelle. Das führte dazu, dass PatientInnen nur solange in der Anstalt behandelt wurden, bis sich ihr Verhalten dem Anschein nach stabilisiert hatte. War dieses Ziel erreicht, wurden sie entlassen. Angesichts des Mangels psychiatrischer Strukturen im Faschismus wurde auch sie danach nicht länger betreut.

Bei Alkoholismus war diese Art der Betreuung ganz besonders ineffizient. In der Tat wurden – wie aus dem Fortgang von Stefanies Biographie hervorgeht – Alkoholikerinnen und Alkoholiker nur solange in psychiatrischen Institutionen untergebracht, bis sie keine auffälligen Anzeichen von Labilität und Gemeingefährlichkeit mehr aufwiesen. Da es in der Anstalt keinen Alkohol gab, erfolgte unweigerlich der Entzug. Aber sobald die Patientinnen und Patienten entlassen wurden, hatten sie freien Zugang zu Alkohol und wurden wieder rückfällig. Auf diese Weise bekam Stefanies Leben eine Struktur aus zyklischen Anstaltseinweisungen, Entlassungen und der darauffolgenden Rückfälligkeit. Aufzeichnungen über eine effiziente Therapie gegen ihre Abhängigkeit wurden nicht gefunden.

Nach der ersten Entlassung nimmt Stefanie ihren alten Lebensstil wieder auf. Aus den Gerichtsakten geht hervor, dass sie erneut beginnt, sich zu prostituieren, sich im Trentino und in Südtirol herumzutreiben und – insbesondere – dass sie wieder trinkt. In der Folge wird sie weitere 22 Mal verhaftet und von den Präfekturen und den Gerichten im Trentino und in Südtirol wegen illegaler Prostitution, Vagabundierens, Alkoholmissbrauchs und Beleidigung einer Amtsperson verurteilt. Außerdem wird sie wegen Krankheiten, die mit ihrem Lebensstil und dem Alkoholismus zusammenhängen, dutzende Male in die städtischen Krankenhäuser von Bozen, Meran und Trient und zwischen 1925 und 1927 weitere vier Mal zur psychiatrischen Betreuung in Pergine eingeliefert. Ihre Aufenthalte dauern zwischen zwei und fünf Monaten. In diesen Zeiträumen wird sie nicht „behandelt“, sondern es wird ihr lediglich der Alkohol entzogen. Nach jedem Aufenthalt wird sie als geheilt entlassen, aber meist nach kurzer Zeit wegen eines Rückfalls erneut eingeliefert. Ab 1927 wird Stefanie zudem wegen öffentlich geäußerter anti-italienischer und anti-faschistischer Reden aktenkundig. So beschimpft sie am 3. August 1927, während sie in Kaltern im Gefängnis sitzt, den italienischen Regierungschef Mussolini und König Vittorio Emanuele III. als *„König von Italien Schwein*“ und „*Schwein Mussolini und Schweine alle Italiener“*. Daraufhin wird sie wieder in Pergine eingeliefert. Das Polizeipräsidium von Bozen legt nach diesem Vorfall außerdem eine Akte an, in der sie als *„Umstürzlerin“* geführt wird. In der Folge behalten die Behörden sie konstant im Auge und verfassen vertrauliche Berichte über sie.

1928 wird Stefanie zum sechsten Mal in Pergine eingeliefert, wegen schwerer Beleidigung des Regierungschefs und der Italiener. Aber in diesem Fall dauert ihr Aufenthalt nicht nur ein paar Monate – wie in den vorangegangenen Jahren – sondern ganze sieben Jahre.

Am 16. November 1935 wird Stefanie entlassen und einer Schwester in Kaltern zur Obhut übergegeben. Aber auch diesmal – so ein Informationsschreiben des Kommandos in Bozen aus dem Jahr 1936 – beginnt die Frau wieder mit dem Trinken und mit der Prostitution; außerdem sei sie, so der Bericht, in Kaltern nicht wirklich sesshaft geworden, sondern habe wieder mit dem Herumziehen und dem Betteln in verschiedenen Städten Südtirols begonnen.

Am 10. Februar 1938 wird sie ein letztes Mal in Pergine aufgenommen. Interessant ist, dass die Patientin beteuert, diesmal nur deshalb eingeliefert worden zu sein, weil sich in Kaltern kein Familienmitglied mehr befände, das sich um sie kümmern könne. Nur deshalb sei sie verwahrlost, und weil sie protestiert habe, sei sie erneut in die Irrenanstalt gesteckt worden. Zur Unterstützung dieser Behauptung kann angeführt werden, dass – als ihre Entlassung vorgeschlagen wird – die Gemeinde Kaltern bittet, die Patientin definitiv in der Anstalt zu behalten und ihr Gesuch mit der Tatsache begründet, dass es einerseits in Kaltern niemanden gäbe, der sich um sie kümmern könnte – und andererseits, dass die Obengenannte immer wieder rückfällig werde. Die Anstaltsleitung von Pergine lehnt das Gesuch der Gemeinde aber ab mit der Begründung, dass die Patientin geheilt sei. Am 14. August 1938 wird Stefanie zum letzten Mal entlassen.

Das Gesuch der Gemeinde und Stefanies Aussagen belegen einen der furchtbarsten Aspekte ihres Leidensweges: das Verlassen-Sein. Im Lauf ihres Lebens wird Stefanie – obwohl angesichts ihres Zustandes der Behandlung und Unterstützung bedürftig – immer wieder von ihrer Familie und von ihren Mitmenschen zurückgewiesen und ausgegrenzt. Die Gemeinde Kaltern hatte zwar 1935 versucht, sie finanziell zu unterstützen und bei einer Familie vor Ort unterzubringen, aber diese Lösung erwies sich angesichts von Stefanies Bedarf an Unterstützung als unzureichend. Stefanies Leben ist geprägt von einem Zustand der Entbehrung und der sozialen Ausgrenzung.

1939, in Folge des deutsch-italienischen Abkommens vom 21. Oktober 1939, werden die deutschsprachigen Südtirolerinnen und Südtiroler aufgefordert, zwischen der italienischen und der deutschen Staatsbürgerschaft zu wählen. Wer sich für die deutsche entschied, hatte Südtirol zu verlassen und ins Deutsche Reich zu übersiedeln. Stefanie optiert, wie die Mehrheit der Südtirolerinnen und Südtiroler, für die deutsche Staatsbürgerschaft und verlässt am 1. September 1940 Italien Richtung Innsbruck. Grund für ihre Entscheidung dürften die oft zum Ausdruck

gebrachten starken anti-italienischen Gefühle und der Wunsch gewesen sein, sich ein neues Leben aufzubauen.

COMUNE DI CALDARO

PROVINCIA DI BOLZANO

N. 3542 All ....

Risposta al foglio N. ....

Caldaro, 2 luglio 1938 XVI

OGGETTO:

[redacted] fu Antonio.

Spett.

DIREZIONE OSPEDALE PSICHIATRICO

Pergine

Con riferimento alla lettera 5903 del 28 giugno us. relativa alla ricoverata [redacted], comunico che la predetta non ha parenti ai quali possa essere affidata, e d'altra parte si è verificato anche in altre occasioni che la medesima, dopo pochi giorni dalla dimissione dall'ospedale, ricominciò a dare segni di anormalità tale, da non poter essere trattenuta in un comune ricovero.

Premesso quanto sopra, si prega codesta Direzione di voler esaminare la possibilità di trattenere ancora in cod. Ospedale la predetta [redacted].

IL PODESTA'

(Magg. S. Navarra)

Abb. 51: Ablehnungsschreiben der Gemeinde Kaltern (1938)

Aber auch in der neuen Heimat hatte Stefanie nicht mehr Glück. Sofort nach ihrer Ankunft in Innsbruck wird sie einer Reihe medizinischer Untersuchungen unterzogen, bei welchen eine Nervenkrankheit und eine daraus abgeleitete Arbeitsunfähigkeit diagnostiziert werden. Aus diesem Grund verwehren ihr die zuständigen Behörden die Staatsbürgerschaft und beschließen, sie in einem Altersheim für Südtirolerinnen und Südtiroler in Bad Ischl unterzubringen.

In demselben Heim ist auch Stefanies Mutter untergebracht. Diese verweigert jedoch jeden Kontakt mit ihr, da sie ihre Tochter wie deren Vater für eine unverbesserliche Trinkerin hält. Mit dieser Episode kommt die totale Ablehnung der Familie gegenüber Stefanie deutlich zum Ausdruck.

In Folge des Konflikts mit der Mutter wird Stefanie wenige Monate später in ein anderes Altersheim in Mistelbach bei Wels eingeliefert. Doch auch in dieser Einrichtung erschweren ihre psychologische Instabilität sowie ihr *„asoziales Verhalten“* die Eingliederung in die Struktur und das Zusammenleben mit den anderen Patientinnen und Patienten. Die Verantwortlichen des Heims beschreiben sie in diesem Sinn als *„schwere Neurotikerin, die durch ihr asoziales Verhalten eine große Belastung für das Altersheim Mistelbach darstellt. Eine Unterbringung auf dem Arbeitsmarkte ist wegen ihres Benehmens und Leidens gänzlich ausgeschlossen“*. Aus diesem Grund wird Stefanie im Sommer 1941 in die psychiatrische

Achtung! Achtung!

Kontrollkarte

(Tieferstehende Dienststellen hat der Umsiedler schnellstens aufzusuchen!)

Dienststelle	Tagesstempel	Abteilungssiegel
Röntgenstation, Hotel „Viktoria“	17. SEP. 1940	
Erfassungsstelle, Maria-Theresien-Straße 42	20. Sep. 1940	
Wehrerfassungsstelle, Südtirolerplatz 16	Erledigt	
Einbürgerungsstelle, Maria-Theresien-Straße 42	21. Sep. 1940	
Musterungsstab, Universitätsstraße 6	Erledigt	
Beratungsstelle, Maria-Theresien-Straße 42		
Arbeits- und Berufsvermittlungsstelle, Maria-Theresien-Straße 42		
Betreuungsstelle, Maria-Theresien-Straße 42	21.9.40	
Unterbringungsstelle, Maria-Theresien-Straße 42	16.10.1940	
Zahlstelle, Maria-Theresien-Straße 42		

Abb. 52: Stefanies Kontrollkarte der Deutschen Umsiedlungstreuhandgesellschaft (1940)

Pflegeanstalt Schönbrunn bei Röhrmoos überführt, ursprünglich eine Einrichtung für „geisteskranke“ Kinder. Sie bleibt dort bis zu ihrem Abtransport in ein Altersheim nach Pfärring im September 1942.

Leider ist es nicht möglich, Stefanies weiteren Lebensweg in Deutschland nachzuvollziehen, aber wir wissen, dass sie den Zweiten Weltkrieg überlebt hatte und 1950 nach Kaltern zurückgekehrt war, wo sie bis zu ihrem Tod in den 1970er Jahren lebte.



Abb. 53: Der Weitertransport der Patienten vom Bahnhof Zwiefaltendorf zur Anstalt Zwiefalten (1940)

Maria Fiebrandt

„... mit Krankentransporten und Krankenwagen ins Reich abgewandert“[1]

Das Schicksal der Südtiroler PsychiatriepatientInnen im Rahmen der Umsiedlung 1939–1943

Zahlenmäßig betrachtet stellten psychisch und physisch Kranke innerhalb der Gruppe der Südtiroler UmsiedlerInnen, die gemäß der deutsch-italienischen Vereinbarung vom 23. Juni 1939 „Heim ins Reich“ geholt werden sollten, nur einen kleinen Anteil dar. Trotzdem offenbart sich gerade am Beispiel der Umsiedlung dieser Personengruppe der Kern der NS-Umsiedlungspolitik, die auf eine totale Erfassung aller UmsiedlerInnen und eine rassenhygienisch begründete „Aussonderung“ der als „erbkrank“, „unerwünscht“ oder „minderwertig“ betrachteten Menschen zielte. Welche Formen diese „Aussonderung“ annehmen konnte, lässt sich mit Blick auf die bis 1939 im Deutschen Reich etablierte Gesundheitspolitik erahnen, die bereits tausendfach Zwangssterilisationen zur Folge gehabt hatte und in deren Rahmen 1939 die Tötung psychisch Kranker organisiert wurde. Mit ihrer Umsiedlung ins Deutsche Reich drohte den SüdtirolerInnen nun die Einbeziehung in diese Gesundheitspolitik. Die Frage, ob und in welcher Form sie tatsächlich auch Opfer dieser wurden, soll nachfolgend beantwortet werden. Dabei muss zwischen den in psychiatrischen Einrichtungen untergebrachten psychisch Kranken und den in ihren Familien lebenden, nicht-psychiatrisierten Kranken unterschieden werden.

Die Umsiedlung nicht-psychiatrisierter Kranker

Die Erfassung einzelner, in ihren Familien lebender Kranker glich jener aller ausreisewilligen SüdtirolerInnen. Sie bzw. das Familienoberhaupt waren aufgefordert, bis zum 31. Dezember 1939 bei der für ihren Heimatort zuständigen Zweigstelle der *„Amtlichen Deutschen Ein- und Rückwandererstelle“* (ADERSt) einen Abwanderungsantrag zu stellen. In diesem mussten u.a. auch *„dauernde körperliche Leiden und ansteckende Krankheiten“* angeführt werden. Die ADERSt ergänzte und überprüfte schließlich die Angaben und holte gegebenenfalls ein ärztliches Gutachten ein. Die Umsiedlung der Kranken erfolgte dann zumeist in separaten Transporten. Ziel dieser Krankentransporte war zunächst Innsbruck, wo die *„Dienststelle Umsiedlung Südtirol“* (DUS) ihren Sitz hatte. Aufgabe der DUS war es, die Einbürgerung aller aus Südtirol eintreffenden UmsiedlerInnen vorzunehmen. Zu diesem Zweck mussten alle SüdtirolerInnen diese Dienststelle passieren und verschiedene Abteilungen, darunter auch eine gesundheitliche Betreuungsstelle, aufsuchen. Die psychisch kranken SüdtirolerInnen wurden dort erneut untersucht und dann entweder zur Beobachtung in die Psychiatrisch-Neurologische Klinik Innsbruck überwiesen, oder in die nahe gelegene Heilanstalt Hall gebracht. Allein nach Hall wurden in den Jahren 1940 bis 1943 über 700 Südtiroler UmsiedlerInnen eingewiesen, wobei die meisten zuvor nie dauerhaft in Anstaltsbehandlung gewesen waren, sondern erst durch die Umsiedlung „psychiatrisiert“ wurden. In Hall gerieten sie schon bald in das Räderwerk der NS-Gesundheitspolitik, denn zeitlich parallel zu den Einweisungen der SüdtirolerInnen nach Hall begannen auch die Vorbereitungen zur Einbeziehung der Heilanstalt in die *„Aktion T4“*, in deren Rahmen vor allem PatientInnen aus den Heil- und Pflegeanstalten des Deutschen Reiches in speziell dafür vorgesehenen Tötungsanstalten umgebracht wurden.

Im Dezember 1940 trafen in Hall die Listen der in die Tötungsanstalt Hartheim bei Linz zu verlegenden PatientInnen ein, darunter auch die Namen von fünf Südtiroler UmsiedlerInnen. Von den 290 zur Vernichtung vorgesehenen PatientInnen aus Hall wurden schließlich 179 am 10. Dezember 1940 nach Hartheim gebracht. Die Südtiroler UmsiedlerInnen waren nicht darunter. Diese waren nämlich bereits am 1. November 1940 in die württembergische Heilanstalt Schussenried verlegt worden. In Schussenried, welches ebenfalls in die Krankenmorde einbezogen worden war, drohte ihnen jedoch keine Verlegung in eine Tötungsanstalt mehr, da der letzte *„T4“*-Transport in die württembergische Tötungsanstalt Grafeneck

am Tag der Ankunft der SüdtirolerInnen erfolgt war. Nach Schussenried waren aber nicht nur die fünf auf der *„T4“*-Transportliste stehenden UmsiedlerInnen verlegt worden, sondern insgesamt 112 SüdtirolerInnen aus Hall sowie weitere PatientInnen aus der Psychiatrisch-Neurologischen Klinik in Innsbruck und pflegebedürftige alte SüdtirolerInnen aus drei zu Pflegeheimen umfunktionierten Hotels in Innsbruck.



Abb. 54: Die Vorbereitung der Passkontrolle am Brenner während der Zugfahrt (1940)

Die Aufnahme in Schussenried war von zahlreichen Unzulänglichkeiten gekennzeichnet. So mussten die SüdtirolerInnen in einen Sonderzug der Lokalbahn umsteigen bzw. „umgeladen“ werden, um in die Heilanstalt gebracht werden zu können. Nach Angaben des Deutschen Roten Kreuz-Personals wurden

„die Lahmen […] aus dem Waggon gezerrt, stiessen [sic!] bald da, bald am Trittbrett an und landeten endlich nach einem schauerlichen Tragen durch den strömenden Regen in einem eiskalten Viehwagon der Kleinbahn, wo sie auf das Stroh […] gelegt wurden.“[2]

Während des Zugwechsels kam es dazu, dass die PatientInnen, die zunächst nach *„altersschwachen"* und *„geisteskranken"* getrennt transportiert worden waren, *„in dem Sonderzug der Lokalbahn [...] schon zum Teile durcheinander [kamen]."*[3] Vor allem die Tatsache, dass auch mehrere Tage nach dem Eintreffen die *„altersschwachen"* SüdtirolerInnen gemeinsam mit den psychisch Kranken untergebracht waren, führte in der Folgezeit zu zahlreichen Protesten der Angehörigen und der DUS. Erst fast ein Jahr später, im Oktober 1941, wurden die *„altersschwachen"* SüdtirolerInnen schließlich in die zuvor aufgelöste und zum Altersheim für SüdtirolerInnen umfunktionierte bayerische Anstalt Neuendettelsau verlegt. Die in Schussenried verbliebenen psychisch kranken SüdtirolerInnen und die am 10. und 11. März 1942 neu aus Hall eingetroffenen 67 Südtiroler PatientInnen teilten das Schicksal ihrer MitpatientInnen, welches vor allem geprägt war von Mangelernährung, von schlechter medizinischer Versorgung, von Überbelegung und von Krankheiten. Bis zum Mai 1945 verstarben 41 der 112 im November 1940 nach Schussenried verlegten SüdtirolerInnen, und von den im März 1942 aus Hall überstellten 67 Menschen erlebten 17 das Kriegsende nicht. Diese relativ hohe Sterblichkeit dürfte vor allem auf die Versorgungssituation zurückzuführen sein. Systematische Krankentötungen durch Medikamente sind bisher nicht bekannt. Viele der SüdtirolerInnen verstarben lange nach Kriegsende, einige wurden gebessert entlassen, in den wenigsten Fällen aber gelang eine Rückführung nach Südtirol zu dort lebenden Angehörigen.

Die Umsiedlung der Südtiroler PsychiatriepatientInnen aus der Anstalt Pergine

Im Mai 1940 wurden im Rahmen eines großen Krankentransportes 299 Südtiroler PatientInnen aus der Anstalt Pergine, nahe Trento, in die württembergische Heilanstalt Zwiefalten *„umgesiedelt"*. Die meisten PatientInnen stammten aus Pergine, andere waren erst wenige Tage vor dem Abtransport nach Zwiefalten aus den Anstalten Stadlhof, Nomi, Gemona und Udine dorthin verlegt worden. Anders als bei den nicht-psychiatrisierten Kranken spielte bei der Umsiedlung der PsychiatriepatientInnen die Option, d.h. die Entscheidung für die deutsche oder die italienische Staatsbürgerschaft und damit für die Umsiedlung ins Deutsche Reich bzw. den Verbleib in Italien, eine untergeordnete Rolle. Dies war dem Umstand geschuldet, dass diese PatientInnen formal gar nicht optionsberechtigt wa-

ren. Normalerweise hätte in diesen Fällen ein Vormund den Abwanderungsantrag stellen müssen, was allerdings nur in den wenigsten Fällen geschah. Die Anträge wurden schließlich von den Heimatgemeinden, Angehörigen oder der ADERSt ausgefertigt. Eine Überprüfung durch die DUS und eine damit einhergehende Einbürgerung der PatientInnen erfolgte nicht. Ein Grund für dieses Vorgehen war, dass die beteiligten Dienststellen großes Interesse an einer schnellen Abwicklung des Transportes hatten. Dies wird auch durch die unzureichende Vorbereitung der Übergabe der Kranken deutlich. So waren die PatientInnenakten nicht übersetzt worden, was eine reibungslose ärztliche Betreuung der Kranken nach ihrer Ankunft in Zwiefalten wesentlich erschwerte.



Abb. 55: „Einwaggonierung" der Kranken am 26. Mai 1940 in Pergine

Der Krankentransport selbst verlief laut Bericht des Beauftragten der Reichsärztekammer, Dr. Walther Simek, ohne größere Probleme. Der Sonderzug für die 299 PatientInnen aus Pergine umfasste *„5 Waggons zweiter Klasse, einen Rot-Kreuz-Wagen und einen Gepäckwagen."* Am 26. Mai 1940 um 1.15 Uhr wurde mit der *„Einwaggonierung"* der PatientInnen begonnen und um *„8.45 abends"* traf der Zug in Zwiefalten ein, wo er vom Direktor der Anstalt, Dr. Alfons Stegmann,

und KrankenwärterInnen in Empfang genommen wurde. Gegen *„10.30 abends war die Auswaggonierung“* nach über 21 Stunden (!) beendet.[4] So präzise diese organisatorischen Details auch erscheinen mögen, sie täuschen letztlich nur über eine Reihe von Problemen hinweg. So gab es vor allem beim *„Auswaggonieren“* der Kranken, die laut Stegmann *„hinfällig“* und *„z.T. überaus erregt“* waren, zahlreiche Schwierigkeiten.[5] Auch die Unterbringung der PatientInnen war keineswegs zufrieden stellend geregelt, standen doch für etwa 110 männliche Kranke lediglich Matratzen anstelle von Betten zur Verfügung. Dies war nicht zuletzt Folge der drastischen Überbelegung der Anstalt, die im Rahmen der *„Aktion T4“* die Funktion einer Zwischenanstalt hatte und deswegen über tausend Kranke vor ihrer Verlegung nach Grafeneck kurzzeitig aufnahm. Der Verdacht, die SüdtirolerInnen seien nach Zwiefalten verlegt worden, um nach einem kurzen Aufenthalt weiter in die Tötungsanstalt Grafeneck verlegt zu werden, liegt nahe. Allerdings wurde keine bzw. keiner der aus Pergine stammenden PatientInnen Opfer der *„Aktion T4“*. Vielmehr wurden drei anscheinend irrtümlich nach Grafeneck verlegte Südtiroler auf Grund ihrer Herkunft wieder nach Zwiefalten zurückverlegt.

Allerdings war die Sterblichkeit unter den SüdtirolerInnen enorm hoch. Bereits wenige Tage nach dem Eintreffen des Transportes waren die ersten Todesfälle zu verzeichnen, was auf die Strapazen der Verlegung zurückzuführen sein dürfte. Auch in der Folgezeit häuften sich die Todesfälle, so dass bis zum Mai 1945 etwa die Hälfte der 299 PatientInnen verstorben war. Die hohe Sterblichkeit war allerdings kein Einzelphänomen der SüdtirolerInnen, sondern sie betraf alle PatientInnen gleichermaßen. Neben der unzureichenden Versorgung, der schlechten Unterbringungssituation sowie Tuberkulose war diese auch auf die gezielte Überdosierung von Beruhigungsmitteln zurückzuführen. Nach Angaben eines Südtiroler Patienten waren die SüdtirolerInnen aber auch von dieser zweiten Phase der NS-„Euthanasie“ ausgenommen, wobei einzelne Tötungen nicht ausgeschlossen werden können. Anhand der Akten lassen sich reale von fingierten Todesursachen nur schwer unterscheiden.

Nicht alle der überlebenden SüdtirolerInnen blieben bis zum Kriegsende ununterbrochen in Zwiefalten. 26 wurden nach Schussenried verlegt, weitere 75 am 6. Juli 1940 in die württembergische Heilanstalt Weissenau. Die Sterblichkeit war auch hier sehr hoch. Von einer gezielten Ermordung der Südtiroler PatientInnen, die im Zuge der Umsiedlung in das Deutsche Reich gelangten, kann demnach nicht gesprochen werden. Dennoch gab es einzelne Fälle, in denen auch Südtiro-

lerInnen Opfer der NS-„Euthanasie“ wurden. So wurden zehn Südtiroler Kinder, die in das St. Josefs-Institut in Mils (Tirol) gebracht worden waren, Opfer der *„Kindereuthanasie“*. Sie wurden im August 1942 von Mils in die *„Kinderfachabteilung“* der Heil- und Pflegeanstalt Kaufbeuren verlegt. Dort verstarben alle zehn Kinder noch vor Kriegsende, an fünf von ihnen waren zuvor TBC-Impfexperimente durchgeführt worden. Eine weitere Ausnahme stellten die bereits lange vor der Umsiedlung in Hall untergebrachten SüdtirolerInnen dar. Sie waren zwar in Südtirol geboren, befanden sich zum Teil aber bereits seit mehr als zehn Jahren in Hall in Behandlung. Über zehn dieser in Südtirol geborenen PatientInnen wurden Opfer der Krankenmorde, einige wenige wurden jedoch auch mit der Bemerkung „italienischer Staatsbürger“ zurückgestellt.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass von einer zielgerichteten Einbeziehung der SüdtirolerInnen in die NS-„Euthanasie“ im Rahmen der Umsiedlungsaktion nicht gesprochen werden kann. Die Mehrheit der Südtiroler Kranken war von den Mordaktionen ausgenommen. Viele von ihnen wurden allerdings Opfer unmenschlicher Lebensbedingungen, die während des Krieges in den Anstalten des Deutschen Reiches herrschten.

Anmerkungen

1 Tiroler Landesarchiv (TLA), Der Gauleiter und Reichsstatthalter in Tirol und Vorarlberg (Reichsstatthalter), Dienststelle Umsiedlung Südtirol (DUS), Nr. 56, Schreiben Dr. Springers an die Stabsleitung der Dienststelle Umsiedlung Südtirol (DUS), o. D., unpag.

2 TLA, Reichsstatthalter, DUS, Nr. 58, Tatsachenbericht zum Transport von 190 geisteskranken und siechen Südtiroler Umsiedlern nach Schussenried am 1. 11.1940, sowie Reisebericht über den Krankentransport von Innsbruck nach Schussenried am 1. 11.1940 von Dr. Helm, o. D., unpag.

3 Ebenda.

4 Vgl. Bundesarchiv Berlin, R 49/2265, Bericht Simeks über den Transport Pergine – Zwiefalten, S. 12, 14.

5 Zentrum für Psychiatrie Zwiefalten, Ordner Südtiroler, Bericht Stegmanns über die Übernahme von deutschstämmigen Geisteskranken aus oberitalienischen Heilanstalten, 29.5.1940.



Abb. 56: Schloss Hartheim mit rauchendem Krematoriumsschornstein (1940/41)

Oliver Seifert

„Wir sind nicht neugierig auf die Urne“

Angehörige von „Euthanasie“-Opfern im Briefverkehr mit der Heil- und Pflegeanstalt Hall

Während Organisation und Ablauf der „Euthanasie“-Transporte aus der Heil- und Pflegeanstalt Hall ausführlich beschrieben wurden[1] und die Namen der Opfer bekannt sind, wurde bisher der Frage, wie die Angehörigen auf die Verlegungen der PatientInnen aus der Anstalt reagiert haben, nur am Rande nachgegangen. In den PatientInnenakten im „Historischen Archiv des Psychiatrischen Krankenhauses“ in Hall findet sich eine Reihe von Briefen von Angehörigen an die Anstaltsleitung, die diesen Vorgang betreffen und zeigen, wie unterschiedlich Angehörige reagiert haben. Während diese vor allem in ihren ersten Briefen die Frage nach dem neuen Aufenthaltsort meist noch ohne Misstrauen stellten, wurden in späteren Briefen Ungeduld, Sorge und in einem Fall auch konkrete Vorwürfe an die Anstaltsleitung zum Ausdruck gebracht.

Die „Euthanasie“-Transporte aus der Heil- und Pflegeanstalt Hall

Im Rahmen der NS-„Euthanasie“, also der geplanten und systematisch durchgeführten Tötung von Menschen mit psychischen, geistigen oder körperlichen Behinderungen, wurden zwischen Dezember 1940 und August 1942 insgesamt 360 PatientInnen aus der Anstalt in Hall abgeholt. 300 dieser Menschen wurden in der Tötungsanstalt Hartheim bei Linz vergast und 60 mittels Medikamentenüberdosierungen in der Anstalt Niedernhart bei Linz ermordet. Die „Euthanasie“-Aktion lief weitgehend im Geheimen ab, sodass die Angehörigen zum Zeitpunkt

der *„Verlegungen“* der PatientInnen nicht wissen konnten und sollten, welches Schicksal ihren Verwandten bevorstand. Wie genau der ärztliche Direktor Dr. Ernst Klebelsberg von der geplanten Mordaktion an seinen PatientInnen von übergeordneten Stellen informiert worden war, ist nicht bekannt. Auf jeden Fall hatte er den dringenden Verdacht, dass die Ermordung der PatientInnen bevorstand. Dies zeigt die Tatsache, dass er nach Erhalt der ersten Transportlisten Anfang Dezember 1940 bei dem für die Durchführung der Transporte zuständigen Leiter der Abteilung III (*„Volkspflege“*) beim Reichsstatthalter in Tirol und Vorarlberg, Dr. Hans Czermak, intervenierte. Er konnte damit die Streichung von mehr als 100 PatientInnen bewirken. Sie waren seiner Meinung nach heilbar, verrichteten in der Anstalt nützliche Arbeiten, oder es stand ihre Entlassung unmittelbar bevor. Trotz seines Verdachts hinsichtlich der bevorstehenden Tötungen und trotz seines Wissens, dass die Transporte von der Anstalt Niedernhart angeordnet worden waren, blieb Klebelsberg bei schriftlichen Anfragen von Angehörigen bei der offiziellen Sprachregelung und hielt sich an die ihm auferlegte Geheimhaltung. Die Antwort lautete ohne Unterschied, dass er über den Verbleib der Kranken nichts wisse.

„Ich kann Ihnen leider keine Auskunft geben“

Als am 10. Dezember 1940 die ersten 179 Männer und Frauen abgeholt wurden, wurden deren Angehörige noch am selben Tag informiert. Es wurde mitgeteilt, die PatientInnen seien auf Veranlassung des Reichsverteidigungskommissars aus *„kriegswichtigen“* Maßnahmen in eine *„andere Anstalt“*, von der man *„unverzüglich“* benachrichtigt werden würde, verlegt worden.[2] Auf diese Benachrichtigung reagierten nur wenige Angehörige. Ihre Anfragen waren noch frei von Misstrauen, vielmehr ging es ihnen vor allem darum, den neuen Aufenthaltsort zu erfahren. So bedankte sich die Mutter von Josefine K. für die Benachrichtigung von der Verlegung und auch *„für die liebevolle und geborgene Behandlung“*, brachte aber auch ihre Sorge zum Ausdruck, ob die neue Einrichtung für ihre Tochter wohl ebenso zur *„Heimat“* werde, wie es Hall war. Abschließend bat sie um Verständigung, *„wohin meine Tochter gekommen ist“*. Die Antwort, die sich so oder ähnlich in allen Schreiben findet: *„Auf Ihren Brief teile ich Ihnen mit, dass ich Ihnen leider keine weitere Auskunft geben kann, weil wir selbst nichts wissen.“*[3] Wie man heute weiß, waren die PatientInnen zu diesem Zeitpunkt schon

tot. In der Regel wurden sie innerhalb weniger Tage in Hartheim ermordet. Es gehörte aber zum Täuschungsmanöver, dass die Nachricht vom Tod erst Wochen später an die Angehörigen übermittelt wurde.

„Bloß möchte ich endlich Gewissheit haben“

Die Nachfragen wurden zunehmend ungeduldiger. Während Anfang Jänner 1941 die ersten Familien schon Todesmeldungen aus Hartheim erhalten hatten und zumindest in zwei Fällen auch Klebelsberg davon verständigt worden war, warteten andere seit Wochen auf eine Nachricht über den Verbleib ihrer Angehörigen. Zusehends war große Sorge in den Anfragen der Angehörigen zu verspüren. Die Mutter von Maria Ra. erkundigte sich am 12. Dezember 1940 routinemäßig über den Zustand ihrer Tochter. Erst im Antwortschreiben erfuhr sie von der Verlegung. Möglichen *„zwecklosen Schreibereien“* wurde dadurch vorgebaut, indem betont wurde, die Anstalt sei *„über den derzeitigen Aufenthaltsort der Kranken nicht unterrichtet.“*[4] Im März 1941 wandte sich dann eine Tante von Maria Ra. an den Direktor, weil es noch immer kein Lebenszeichen gab: *„Haben Sie Mitleid mit uns u. berichten Sie wie es ist, damit man aus den Sorgen kommt“*.[5] Ganz offen wurde die Frage gestellt, *„ob die Betreffende in eine andere Anstalt überstellt worden oder ob sie gestorben ist, was bei ihrem Leiden eine Erlösung gewesen wäre“*.[6] Bemerkenswert sind bei dieser Passage der offen ausgesprochene Verdacht des Todes sowie die Feststellung, dass dieser eine Erlösung wäre. Letzteres kann aus dem Kontext der Korrespondenz heraus aber nicht als Zustimmung zur „Euthanasie“ gelesen werden, sondern scheint vielmehr ein Hilfeschrei gewesen zu sein, endgültig Gewissheit zu bekommen.

Acht Monate nach der Deportation kontaktierte die Mutter der Patientin erneut die Anstalt und berichtete, dass ihre Schwägerin am 15. August 1941 persönlich in der Anstalt vorgesprochen und ihr der „Chefarzt“ bei dieser Gelegenheit mitgeteilt habe, die Patientin *„sei wahrscheinlich nicht mehr am Leben“*. Es sei ihr auch aufgetragen worden, dies nur der Mutter mitzuteilen. Diese forderte daher von Klebelsberg eine klare Aussage: *„Also bitte teilen Sie es mir mit; ich kann es ertragen, wenn sie nicht mehr am Leben ist; bloß möchte ich endlich Gewissheit haben“*.[7] Im Gegensatz zur mündlichen Auskunft hielt sich Klebelsberg im Brief wie üblich bedeckt und schrieb, dass der Aufenthalt unbekannt sei.[8] Die Ungewissheit dauerte in diesem Fall fast sechs Jahre. Erst im Juli 1946 wurde der

Familie auf eine neuerliche Anfrage hin mitgeteilt, es bestehe kein Zweifel daran, *„dass sie von den damaligen Machthabern getötet wurde."*[9] Erst über ein Jahr nach Ende der Naziherrschaft wurde von Seiten der Anstaltsleitung also bestätigt, dass die PatientInnen getötet worden waren.

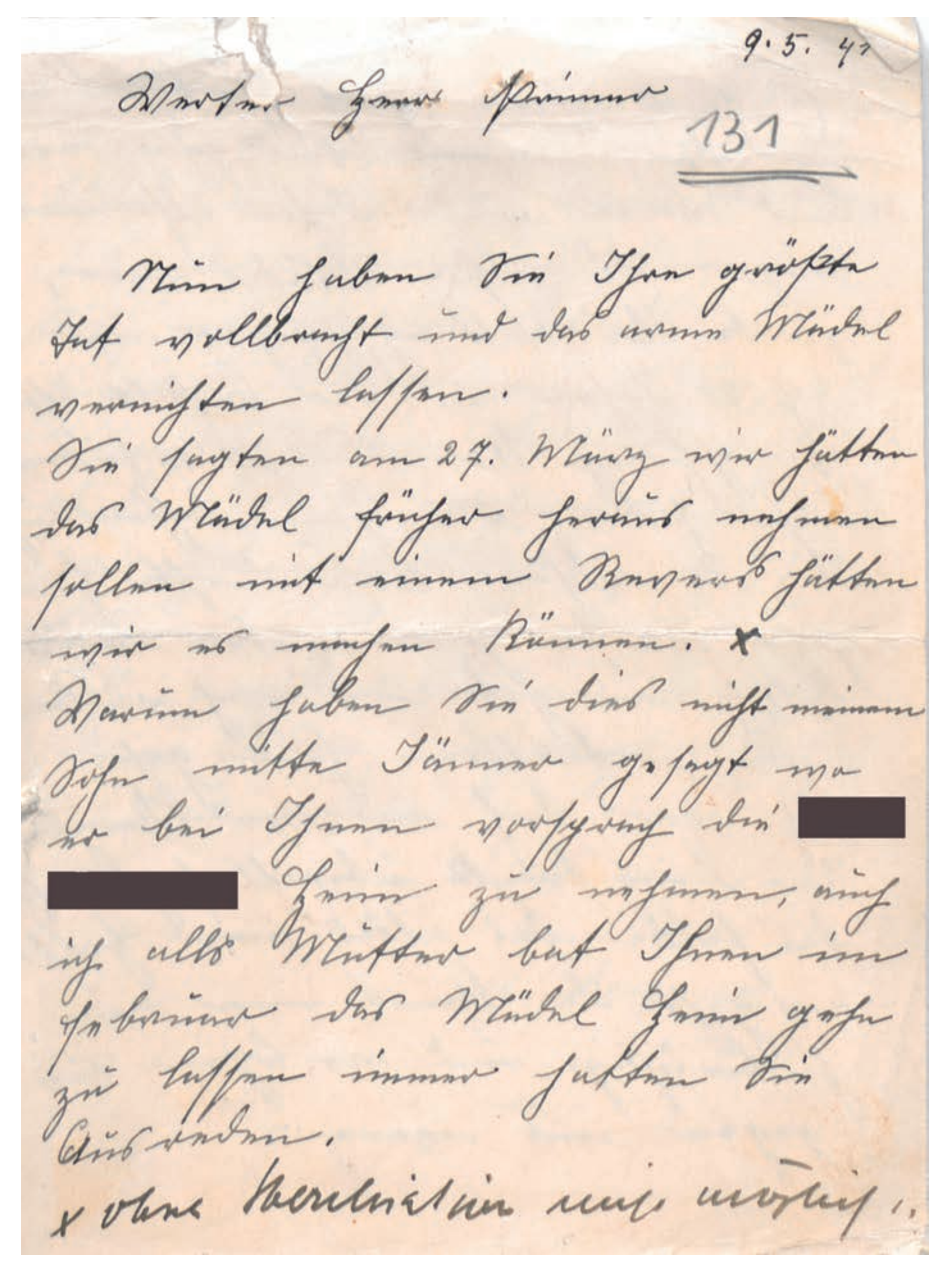
„Sterben hätte sie auch hier können"

Was in der Korrespondenz der Angehörigen von Maria Ra. mit der Anstaltsleitung nur vage als Sorge bzw. Befürchtung zum Ausdruck kam, liest sich in folgendem Brief als konkreter Verdacht. Die Geschwister und Kinder von Maria Ru. wussten fünf Monate nach dem Abtransport aus Hall noch immer nicht, wohin ihre Mutter bzw. Schwester gebracht worden war. Sie wandten sich im Mai 1941 an den Anstaltsleiter und schilderten ihre Situation. Demnach hatte die Patientin offensichtlich schon vor dem Abtransport gegenüber ihren Verwandten die Befürchtung geäußert, weggebracht zu werden. Daraufhin war ein Angehöriger am 9. Dezember 1940 in die Anstalt gekommen, um den zuständigen Arzt zu befragen, der habe aber nur die *„Achseln geschupft"*. Die Ankündigung, dass man die Patientin nach Hause holen wolle, habe er mit den Worten kommentiert: *„Tun Sie was Sie wollen."*[10] Einen Tag später wurde die Patientin abtransportiert. Davon erfuhr die Familie aber erst wenige Tage später, wie dem Schreiben zu entnehmen ist. Fünf Monate nach dem Transport fuhren einige Familienmitglieder am Muttertag nach Hall, in der vergeblichen Hoffnung, endlich mehr zu erfahren. Schließlich konfrontierten sie Dr. Klebelsberg schriftlich mit ihren Vermutungen und Vorwürfen. Offen wurde nun der Verdacht geäußert, die Patientin sei bereits verstorben:

„Ich verstehe überhaupt nicht, dass sowas statt finden darf, wo so viel Kinder und Geschwister da sind. Sterben hätt sie auch hier können, das war immer ihr Wunsch. […] sie hat sich furchtbar abgekränkt, das Los hat sie nicht verdient. Eine Mutter von 16 Kindern."[11]

Am Ende des Briefes findet sich eine Formulierung, die zeigt, dass auch in Tirol Informationen über das wahre Schicksal der PatientInnen durchgesickert waren: *„Wir sind nicht neugierig auf die Urne, wir brauchen auch keine, aber wissen möchten wir doch endlich, ob die R. lebt oder gestorben ist […]."*[12] Die Anspie-

lung auf die Urne deckt sich sehr genau mit den damaligen Gegebenheiten. Bereits ab Jänner 1941 wurden die Angehörigen in einem Brief – meist von der Lan-



9.5.41

Werter Herr Primar

131

Nun haben Sie Ihre größte Tat vollbracht und das arme Mädel vernichten lassen.
Sie sagten am 27. März wir hätten das Mädel früher heraus nehmen sollen mit einem Revers hätten wir es machen können. x
Warum haben Sie dies nicht meinem Sohn mitte Jänner gesagt wo er bei Ihnen vorsprach die [redacted] heim zu nehmen, auch ich alte Mutter bat Ihnen im Februar das Mädel heim gehen zu lassen immer hatten Sie Ausreden.
x ohne [illegible] nicht möglich.

Abb. 57: Beschwerdebrief einer Mutter an Primar Ernst Klebelsberg (9.5.1941)

desanstalt Hartheim – vom eingetretenen Tod informiert. Darin wurde mitgeteilt, dass die Toten auf Grund von Seuchengefahr verbrannt worden waren und die Urne auf Wunsch zugeschickt würde.

„Nun haben Sie ihre größte Tat vollbracht“

Während die Angehörigen in den bisher zitierten Briefen Klebelsberg vordergründig als Auskunftsperson kontaktierten, sah dieser sich in einem anderen überlieferten Schreiben mit massiven Vorwürfen konfrontiert. Anfang Mai 1941 schrieb ihm eine empörte Mutter, deren Tochter am 20. März 1941 im Rahmen des zweiten Transportes aus Hall abgeholt worden war.[13] Sie war bereits vom Tod der Tochter benachrichtigt worden und überzeugt, dass ihre 27-jährige Tochter umgebracht worden sei. Sie beschuldigte Klebelsberg dafür verantwortlich zu sein: *„Nun haben Sie ihre größte Tat vollbracht und das arme Mädel vernichten lassen.“*[14] Ihr Vorwurf gründete sich vor allem darauf, dass trotz mehrmaligen Nachfragens von Seiten der Familie eine Entlassung seit Jänner 1941 immer wieder verweigert wurde.

Der Brief lässt an Deutlichkeit nichts offen und ist das einzige bisher bekannte Dokument dieser Art. Auch Klebelsberg zeigte sich von diesem Schreiben beeindruckt und leitete es mit einer handschriftlichen Notiz umgehend an Czermak weiter: *„Zum Beweis wie schwierig für mich die Verhältnisse sich unter Umständen gestalten bitte ich diesen Brief durchzusehen.“*[15] Womit sich Klebelsberg konfrontiert sah, war einerseits der Vorwurf, die Ermordung der Tochter veranlasst zu haben, und andererseits die Drohung, dafür verantwortlich gemacht zu werden: *„Diese qualvollen Tage unserer lieben armen Olga vom 20. März bis zur Vernichtung die werden Sie in eigenen Kreisen zu spüren bekommen, es gibt einen Höheren der Ihnen den Boden heiß machen wird, wie er Ihnen gebührt.“*[16] Ob mit dem *„Höheren“* eine irdische oder himmlische Gewalt gemeint war, bleibt der Interpretation überlassen. Klar ist, dass die unter strenger Geheimhaltung durchgeführte Ermordung der AnstaltspatientInnen längst kein Geheimnis mehr war.

In einem Strafprozess nach Kriegsende wurde Czermak als Hauptverantwortlicher für die Organisation und Durchführung der „Euthanasie“-Transporte in Tirol zu acht Jahren Gefängnis verurteilt. Klebelsberg, ein Gegner der NS-„Euthanasie“, der zwar in Teilbereichen mit dem Regime kooperiert hatte, aber mit seinem Einsatz mehr als 100 PatientInnen vor dem Tod retten konnte, war in dem Prozess

Hauptzeuge. Seine strafrechtliche Unschuld war schon in den Voruntersuchungen durch die Polizei festgestellt worden.

Schlussbemerkungen

Während die Prozessakten, die eine Hauptquelle für die Erforschung der NS-„Euthanasie“ sind, einen fast ausschließlich von der Täterperspektive bestimmten Blick auf das Thema eröffnen, vermitteln einige der überlieferten Briefe zumindest eine Ahnung davon, wie bedrückend die Situation für die betroffenen Familien gewesen sein muss. Die quälende Ungewissheit und die zunehmende Sorge um die PatientInnen stehen dabei in einer Reihe von Briefen im Vordergrund. Man konnte und wollte es einfach nicht glauben, dass niemand Bescheid geben konnte, wohin die PatientInnen gekommen waren. Je länger ein Lebenszeichen ausblieb, desto ungeduldiger und sorgenvoller wurden die Briefe an die Anstalt. Die Antwort blieb aber stets dieselbe: *„Wir wissen nichts ...“*.

Anmerkungen

1 Vgl. die Bibliografie im vorliegenden Band.
2 Als Beispiel: Historisches Archiv Psychiatrisches Krankenhaus Hall i.T. (PKH), Patientenverwaltungsakten (PVA), Zl. III/1124, Benachrichtigung S. J., 10.12.1940.
3 PKH, PVA, Zl. V/2342, Agate G. an die Heil- und Pflegeanstalt, 13.12.1940; Antwort an Agate G., 17.12.1940.
4 PKH, PVA, Zl. V/2591, Josefa R. an die Anstaltsleitung, 12.10.1940; Antwort an Josefa R., 20.12.1940.
5 PKH, PVA, Zl. V/2591, Anna R. an die Direktion, 18.3.1941;
6 Ebenda.
7 PKH, PVA, Zl. V/2591, Josefa R. an die Direktion, 27.8.1941; Antwort an Josefa R., 1.9.1941.
8 PKH, PVA, Zl. V/2591, Antwort an Josefa R., 1.9.1941.
9 PKH, PVA, Zl. V/2591, Antwort an Anna R., 16.7.1941.
10 PKH, PVA, Zl. V/240, Frau L. an den Anstaltsleiter, 22.5.1941.
11 Ebenda.
12 Ebenda.
13 Tiroler Landesarchiv, Reichsstatthalterei in Tirol und Vorarlberg, Abt. IIIa1, Zl. M-XI 1941, M.S. an Primar, 9.5.1941.
14 Ebenda.
15 Ebenda, Handschriftliche Notiz auf Brief M.S. an Primar, 9.5.1941.
16 Ebenda.



Abb. 58: Krankenschwester Silvia Lorenzini im Ospedale psichiatrico di Pergine (1930er Jahre)

Valerio Fontanari

„Fürsorgliche, philanthropische und erfahrene Krankenpfleger“

Das Pflegepersonal in der Geschichte der psychiatrischen Anstalt von Pergine Valsugana

In der Geschichte der Psychiatrie wird – zumindest bis in die 1980er Jahre – das Pflegepersonal nicht oft erwähnt und wenn, dann ist meistens von *„Irrenwärtern“* die Rede. Es gibt nur zwei Hinweise auf einzelne Pfleger. Der erste stammt aus Frankreich am Ende des 18. Jahrhunderts, wo PsychiatriepatientInnen zusammen mit Armen, Obdachlosen, Delinquenten und Außenseitern in Obdachlosenasylen Unterkunft fanden und ihre Probleme nicht als Krankheit gewertet wurden. An der Seite von Philippe Pinel, der mit einem berühmt gewordenen Gestus die Ketten der Entfremdeten gesprengt hatte, finden wir einen Oberpfleger, Jean Baptiste Pussin, der seinerseits einmal ein Patient gewesen und zum Pfleger befördert worden war, um sich um die Kameraden zu kümmern. Das zweite historische Beispiel aufgeklärter Krankenpflege, das in Europa allein auf weiter Flur steht, stammt aus den 1930er Jahren des vergangenen Jahrhunderts. Gertrud Swing war eine österreichische Krankenschwester, die in der Gruppe des Freud-Schülers Paul Federn gearbeitet hatte und so mit den neuen psychoanalytischen Theorien vertraut war; sie führte diese mit Erfolg in ihren Schwestern- und Aufseheralltag ein.

1882 wurde die Tiroler „Landes-Irrenanstalt“ in Pergine eröffnet. Das dort angestellte Pflegepersonal war im Wesentlichen mit Putzarbeiten, der Verwahrung der PatientInnen und mit der Instandhaltung des Hauses beschäftigt. Giuseppe Pantozzi spricht von erheblichem Personalwechsel – einem hohen *„turnover“* – da die Arbeit schwer war. Wer überdurchschnittlich lange durchhielt, war das

geistliche Personal. Das Pflegepersonal war direkt dem Direktor unterstellt und von ihm abhängig, er hatte die absolute Gewalt über sie. Am 22. Dezember 1882 erließ der Tiroler Landesausschuss in Innsbruck eine Dienstinstruktion für die Oberpfleger und das gesamte Pflegepersonal des neuen psychiatrischen Krankenhauses von Pergine. Es ist bezeichnend, dass dieses Dokument als verschollen galt und erst circa 100 Jahre später zufällig wieder entdeckt wurde und zwar Dank einer Patientin, die auf den Dachboden der Anstalt geschlichen war und das wertvolle Manuskript dort gefunden hatte. Die schon damals äußerst fortschrittliche Dienstinstruktion enthält viele Punkte, die auch heute noch aktuell und von therapeutischem Wert sind. Die einzelnen Artikel sind von einem Pflegeverständnis getragen, das damals mit Sicherheit nicht allgemeingültig war und das in Italien in den 1960er Jahren dann verbreiteten Niederschlag fand. Wir wissen nicht, ob dieser damals revolutionäre Ansatz eine Prinzipienerklärung blieb oder ob er wirklich in die Praxis umgesetzt wurde. Dort heißt es über das Pflegepersonal, es solle möglichst *„fürsorglich, philanthropisch und erfahren“* sein und es ist von der Pflicht die Rede, die Kranken zu pflegen, zu respektieren und ihnen beizustehen und dies mit besonderer Fürsorge für die Person und mit Respekt ihrer Privat- und Intimsphäre, und dies unter fortwährender Berücksichtigung seines Krankheitszustandes, welcher sein Verhalten kompromittiere und ihn gewalttätig und aggressiv machen könne. Eine ständige Forderung war aber der Respekt vor dem Direktor und dem Oberpfleger (*„Capo della Casa“*): hieraus lässt sich ein Verständnis von der Figur des Krankenpflegers ablesen, der klare Anordnungen benötige, der in all seinen Handlungen, die einzig auf das Wohlergehen der PatientInnen und den reibungslosen Ablauf des Anstaltsalltags an sich ausgerichtet sein sollten, kontrolliert werden müsse. Auffällig oft heißt es darin, *„es ist ihnen strengstens verboten“*, so als sei es notwendig gewesen, das Pflegepersonal zu Benehmen und Vorgehensweisen zu zwingen, die ihnen weder leicht fielen noch selbstverständlich waren. PflegerInnen galten als dumm und grob; sie brauchten also Aufklärung und Erziehung. Neu war hier die Annahme, dass der Umgang mit sauberen, gepflegten, höflichen und freundlichen PflegerInnen für die Patienten von Vorteil sein könne. Gleichzeitig wurde der Patient bzw. die Patientin als unberechenbares und gefährliches Subjekt gesehen. Aus Artikel 45 geht hervor, dass das Pflegepersonal in der Anstalt zu leben hatte und das Haus nicht ohne Erlaubnis des Arztes verlassen durfte. Diese eingeschränkte Bewegungsfreiheit des Personals wurde auch von Erving Goffman in den 1960er Jahren in seinem Buch



Abb. 59: Ein Oberpfleger im Ospedale psichiatrico di Pergine (1960er Jahre)

„Asylums" beschrieben, wo der Autor betont, dass die *„Wärter"* (Pfleger) ebenso Gefangene der Anstalt wären wie die Bewachten.

Im Jahr 1918 wurden im Krankenhaus in Pergine die italienischen Gesetze eingeführt, genauer das Gesetz aus dem Jahr 1904 mit den darauffolgenden Bestimmungen aus dem Jahr 1909, mit welchen die psychiatrischen Anstalten eingerichtet worden waren, in denen nur polizeilich eingelieferte und zum Zwangsaufenthalt verurteile Patienten, also solche, die als *„gefährlich und öffentliches Aufsehen erregend"* galten, aufgenommen wurden. Das Pflegepersonal – zahlenmäßig proportional zur Anzahl der Patienten – wurde in der Hauptsache auf Grund der körperlichen Eignung eingestellt: robust, stark und in der Lage, PatientInnen

körperlich bändigen zu können, falls notwendig. Das Personal sollte absichtlich keine spezifische Ausbildung erhalten, um eventuelle kritische Fähigkeiten und mögliche Auflehnungsbegehren gegen die Autoritäten schon im Entstehen unterdrücken zu können.

Im Hochsicherheitstrakt *„Irrenanstalt"* – oder der psychiatrischen Anstalt – waren alle Serviceleistungen, die für den tagtäglichen Ablauf und ein autarkes Überleben der Struktur notwendig waren, vorhanden: es gab eine Bäckerei, es wurden Tiere gezüchtet und Felder bestellt, es gab eine Werkstatt und eine Schreinerei, eine Weberei, eine Schneiderei, einen Schuster usw. Neben dem Pflegepersonal waren Facharbeiter und Handwerker angestellt, die den PatientInnen verschiedene Fertigkeiten beibrachten. Auch die PatientInnen wurden gemäß den Vorstellungen der Beschäftigungstherapie – die bis zum Gesetz 180 Anwendung fand – zu therapeutischen und rehabilitativen Zwecken zur Arbeit herangezogen. Auch die Pfleger, die sich um die PatientInnen kümmerten, mussten sich handwerklich betätigen oder ihre Arbeitsleistung im Bereich der Landwirtschaft einsetzen.

Arbeitende PatientInnen erwarben sich ein gewisses Ansehen und erhielten auch eine Vergütung in Form von Zigaretten, Tabak und Geld. Zwischen den PatientInnen in den Arbeitsgruppen und den Arbeitsunfähigen entstand so eine Art *„gangmaster"*-Beziehung: die arbeitenden PatientInnen wurden nicht nur privilegiert, weil sie produktiv waren, sie konnten außerdem verschiedene Arbeiten an andere PatientInnen weitervergeben und diese damit ausnutzen.

Im Zeitraum vor 1960 – als die ersten Psychopharmaka auf den Markt kamen – wurden Patienten noch mit relativ „primitiven" Methoden kontrolliert. Bei psychomotorischen Unruhezuständen war z.B. das Eintauchen in kaltes Wasser oder wechselweise in Wannen mit sehr warmem und eiskaltem Wasser vorgesehen, oder das Einwickeln der „Tobsüchtigen" in nasse, kalte Tücher, um einen Erschöpfungszustand herbeizuführen. Dahinter stand die Absicht, den PatientInnen überschüssige Energien zu entziehen, wodurch diese leichter kontrollierbar und „zahmer" werden sollten. In extremen Fällen benutzten die Pfleger den *„basto del bue"*, vulgär auch *„comacio"* genannt. Dabei legten sie ein Laken über den Kopf des Patienten bzw. der Patientin, ergriffen von Hinten die Ecken des Lakens, rollten es auf und zogen es solange fest, bis Erstickungserscheinungen eintraten und der Patient oder die Patientin ohnmächtig wurde. Außerdem gab es Isolierzellen, in denen *„tobende"* und gewalttätige PatientInnen eingeschlossen wurden: kleine Zimmer, völlig unmöbliert, mit einem winzigen Fenster hoch oben, so dass die

PatientInnen es nicht erreichen konnten. Die Türen hatten ein Guckloch, das den PflegerInnen zur Kontrolle des Patienten bzw. der Patientin auf den Rundgängen diente, die ungefähr alle zehn Minuten zu machen waren. Diese Behandlungen waren im Wesentlichen dem Ermessen des Pflegepersonals überlassen. So konnte nach Notwendigkeit und im Bedarfsfall entschieden durchgegriffen werden. Andere Therapieformen wurden hingegen vom Arzt verschrieben: hierbei handelte es sich um Krampftherapien wie Elektroschocktherapie, Malariatherapie und die Insulinschockbehandlung. Die wissenschaftlichen Wirkungsweisen dieser Therapien waren zwar unbekannt, aber sie entkräfteten die PatientInnen und / oder verringerten deren Renitenz, sie wurden fügsamer und besser handhabbar.

Die Elektrokrampftherapie bewirkte Krampfanfälle wie bei einem Grand-Mal-Anfall (Epilepsieanfall). Die Pfleger bereiteten den Patienten bzw. die Patientin mit einem Stück Stoff im Mund vor, damit sich diese/r nicht in die Zunge beißen konnte. Der Arzt legte die Elektroden an die Schläfen des Patienten an und vier Pfleger bzw. Pflegerinnen hielten mit all ihrer Kraft die Arme und Beine, um ein Aufbäumen des Körpers des Patienten unter dem Stromstoß zu verhindern; so wurde auch dem Ausrenken der Hüften und der Schultern vorgebeugt. Die Elektroschocktherapie wurde auf den Gängen, wo auch andere Personen und Patienten und Patientinnen vorbeikamen und am wachen Patienten ausgeführt (später unter Vollnarkose).

Um einen Grand-Mal-Anfall auszulösen, wurde auch die Insulinschocktherapie angewendet: dem Patienten bzw. der Patientin wurde dabei eine hohe Dosis Insulin verabreicht, um eine Hypoglykämie herbeizuführen und ein Koma auszulösen. Fiel der Patient bzw. die Patientin ins Koma, mussten die PflegerInnen sofort Glucagon intravenös spritzen, um das Insulin zu neutralisieren. In dem Raum, der für diese Therapieform reserviert war, wurden zwischen 12-15 PatientInnen gleichzeitig behandelt, was die ganze Aufmerksamkeit der beiden Pflegepersonen erforderte.

Bei der Malariatherapie wurden die PatientInnen durch die Übertragung von Plasmodien mit Malaria infiziert, was Fieberschübe auslöste, die mit Perioden der Hypothermie abgewechselt wurden, wie bei jemandem, der wirklich an Malaria erkrankt ist. Auch in diesem Fall war der intendierte Zweck, die PatientInnen matt und gefügig zu machen.

In den 1960er Jahren ließ die Einführung der Psychopharmaka die Anwendung dieser „Heilmittel“ zwar in den Hintergrund treten, sie änderten aber nichts an Behandlungsphilosophie und -konzept.

Ebenfalls in den 1960er Jahren wurde allmählich damit begonnen, vor der Einstellung das Pflegepersonal in kurzen medizinischen Vorbereitungskursen zu schulen; doch die Ratschläge, welche die Neueingestellten bei der Übergabe der Schlüssel der Abteilungen erhielten, blieben dieselben: immer einen Putzlumpen bei der Hand zu haben, um aufzuwischen und darauf zu achten, den PatientInnen nie den Rücken zuzukehren. Bis 1963 arbeitete das Pflegepersonal grundsätzlich in 24-Stunden-Schichten, auf die eine ebenso lange Ruhepause folgte. 1970 gab es in Pergine 1.500 PatientInnen und 800 PflegerInnen.

Als KrankenpflegerIn eingestellt zu werden, galt als Privileg, da es sich um eine sichere und gut bezahlte Stelle handelte. Deshalb war es auch nicht erlaubt, dass zwei Familienmitglieder als Pfleger oder PflegerIn in der Anstalt arbeiteten („Doppelfälle“ – *„casi doppi“*), um es einer größeren Anzahl Familien zu ermöglichen, in den Genuss der begehrten Stellen zu kommen.



Abb. 60: Krankenschwestern im Ospedale psichiatrico di Pergine, rechts Silvia Lorenzini (1960er Jahre)

Mitte der 1960er Jahre kamen in Italien neue Ideen hinsichtlich der bis dahin als normal erachteten Verwahrungsmaßnahmen bei Geisteskrankheiten auf. Das Aufeinandertreffen von neuen wissenschaftlichen Modellen – die neuen Theorien aus Frankreich, die therapeutischen Gemeinschaften in England, Basaglias Erfahrungen in Gorizia usw. – und die liberalen Ideen von 1968 führten noch im selben Jahr zu einer Änderung in der Gesetzgebung, wodurch die alten *„Irrenanstalten“* in krankenhausähnliche Strukturen

umgewandelt werden sollten. Es entstand die Reformbewegung zur Abschaffung der Anstalten. Was das Pflegepersonal betrifft, so wurde deren Rolle als „psychiatrische Ruhigsteller“ und *„Wärter“* erstmals in Frage gestellt und die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen angedacht; auch begannen sich die PflegerInnen gewerkschaftlich zu organisieren und erhielten eine bessere Ausbildung.

Das Jahrzehnt zwischen 1968 und 1978, zwischen dem Gesetz 431 und dem Gesetz 180, bescherte auch Pergine einige innovative Ideen und eine bemerkenswerte Aufbruchsstimmung, Diese wurde jedoch durch konservative Kräfte im Hause selbst blockiert, weil sie um ihre Arbeitsplätze fürchteten und nicht auf die Privilegien verzichten wollten, die sie in einem hierarchisch geführten Unternehmen genossen. Das Pflegepersonal wurde aufgefordert, in Gruppen mit anderen Fachkräften wie SozialarbeiterInnen, PsychologInnen und ÄrztInnen der neuen Generation mit anti-institutionellen Ansätzen zusammenzuarbeiten; auch das Leben der PatientInnen sollte mit neuen sozialen Aktivitäten (Bars, Versammlungen, Spaziergänge usw.) stimuliert werden. Im Jahr 1975 machten die PatientInnen zum ersten Mal Urlaub am Meer; es wurden Aktivitäten im Bereich Freizeit und Rehabilitation organisiert, Ausflüge, und Besuche zu Hause …

Zu den Aufsichtskompetenzen, die Teil der Tätigkeitsbeschreibung des Pflegepersonals waren, kamen neue Aufgaben hinzu, vor allem im Bereich der zwischenmenschlichen Beziehungen, was vielen PflegerInnen große Probleme bereitete.

Der Abschluss dieser Phase der Überwindung der geschlossenen Anstalt war 1978 die Verabschiedung des Gesetzes 180. Die Schließung der Anstalt führte zur Entlassung von 60 Krankenschwestern und -pflegern aus dem Dienst der psychiatrischen Anstalt von Pergine Valsugana, die damit beauftragt wurden, in den vier Trentiner *„Servizi Ospedalieri di Diagnosi e Cura“* (ambulante ärztliche Dienste) zu arbeiten.

Das Personal war gespalten: Die einen befürchteten den Verlust ihrer Privilegien, während die anderen sich für eine professionelle Anerkennung ihrer Leistungen einsetzten. Und diese Richtung wurde in den darauffolgenden Jahren eingeschlagen, nicht ohne Streit und Spannungen: die psychiatrische Unterstützung wurde zum Unterrichtsfach an den *„Scuole per Infermieri Professionali“* (Krankenpflegerschulen). Nach und nach ersetzte der *„Infermiere Professionale“* den *„Infermiere Psichiatrico“,* eine Zeit lang arbeiteten sie gleichberechtigt nebeneinander. So kam jener historische Prozess zum Abschluss, der aus dem *„Irrenwärter“* einen *„Beziehungsprofi“* werden ließ.



Abb. 61: Ansicht Türstock im ehemaligen Verwaltungsgebäude des Landeskrankenhauses Hall (2010)

Elke Knitel-Grabher

„Wie sich die Türen öffneten"

Geschichte der psychiatrischen Pflege nach 1945 in Tirol am Beispiel des Psychiatrischen Krankenhauses Hall

In der unmittelbaren Nachkriegszeit blieb die Psychiatrie zunächst eine Institution der Verwahrung mit nur grob eingeteilten Krankheitsbildern. Psychopharmaka zur Milderung psychiatrischer Symptome oder gar Heilung waren unbekannt. Das Bild der Psychiatrie war geprägt durch hohe Mauern, versperrte Türen und mit PatientInnen überfüllten Schlafsälen. Ab und zu waren *„WärterInnen"* zu hören, die mit ihren Schlüsseln die Gänge entlang gingen, um die Zellen der Untergebrachten aufzusperren oder nach den PatientInnen zu sehen. Die Gebäude vermittelten ein Gefühl von Einsamkeit, Isolation und Kälte. Dieser Zustand führte nicht nur bei den PatientInnen, sondern auch beim Pflegepersonal zu einer immensen Überforderung. Unter diesen Verhältnissen war es unmöglich, auf die Bedürfnisse der PatientInnen entsprechend einzugehen. Zur Bewältigung der Situation war körperliches Durchsetzungsvermögen gefragt. *„Wärter"* waren meist große starke Männer, die in der Lage waren, bei eskalierenden Situationen sofort einzugreifen.

In der *„Heil- und Pflegeanstalt Hall"* waren auf den einzelnen Stationen zwischen 60 und 100 PatientInnen mit den unterschiedlichsten Krankheitsbildern untergebracht. Es gab keine Tagesstruktur auf den Stationen, keine therapeutischen Angebote für die PatientInnen und keine Weiterbildungsangebote für das Pflegepersonal.[1] Der heutige Pflegedirektor Franz Hoppichler bezeichnete als damalige Ziele der Arbeit die körperliche Versorgung der PatientInnen, Sauberkeit und Hygiene und v. a. die Verhinderung von Zwischenfällen.

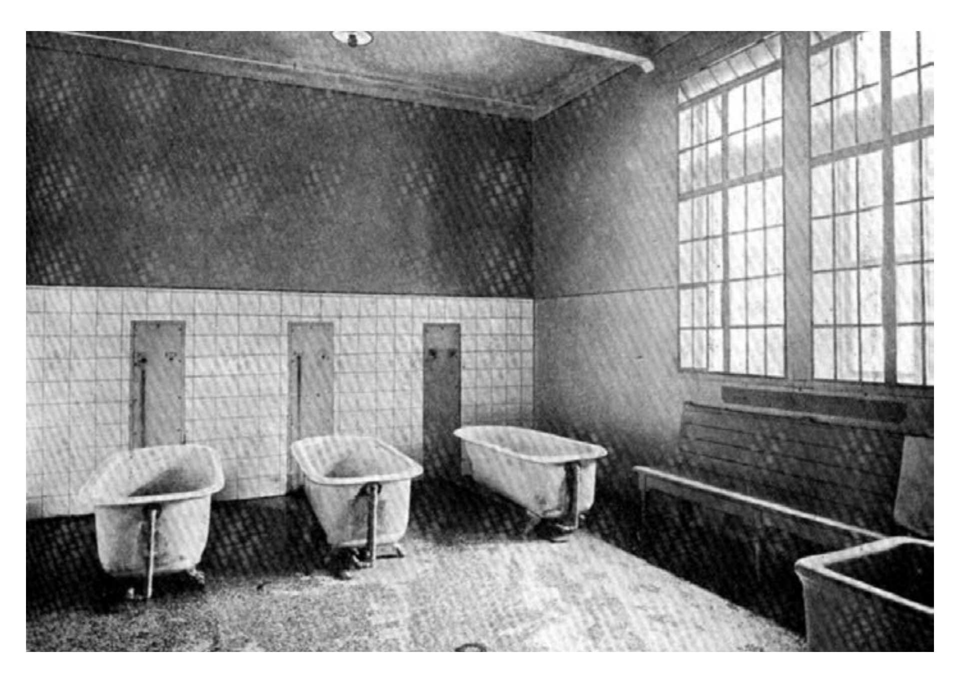


Abb. 62: Raum für Dauerbadbehandlungen in der Landesirrenanstalt in Hall (um 1910)

Von der *„Irrenpflege“* zur Krankenpflege

Einen Aufschwung verzeichnete die *„Heil- und Pflegeanstalt Hall“* in den 1950er Jahren des vergangenen Jahrhunderts. Erstmals konnten zur Linderung psychotischer Symptome Medikamente verabreicht werden, die nun biologisch gewordene Grundlage der Behandlung dürfte auch ausschlaggebend für eine Umbenennung der *„Heil- und Pflegeanstalt Hall“* in *„Landes-Nervenkrankenhaus“* gewesen sein. Wie Burkhart Brückner in seinem Buch „Geschichte der Psychiatrie“ schildert, folgte der Euphorie aufgrund der zunehmend entdeckten und teils verheerenden Nebenwirkungen der neuen Medikamente jedoch bald Kritik. Die Einrichtungen waren nach wie vor überfüllt und schlecht ausgestattet, und so wurden die neuen Medikamente oft als Disziplinierungs- und Beruhigungsmittel eingesetzt. Die antipsychotische Wirkung hatte aber auch positive Auswirkungen: Zwangsmaßnahmen, Fixierungen und Isolierungen nahmen ab und die Zwangsjacke wurde abgeschafft. Die Einführung der Psychopharmaka brachte für die psychiatrische Pflege auch einen veränderten Berufsauftrag und ein verändertes Berufsverständnis. Die Beruhigung durch die Medikamente ermöglichte es, die

PatientInnen zunehmend als Kranke und nicht als *„Irre“* zu sehen. Die körperliche Kraft der Pfleger wurde unwesentlicher. Abgesehen von der medikamentösen Behandlung gab es jedoch kaum therapeutische Angebote. In der *„Landes-Nervenklinik Hall“* war einer Station mit 60 bis 100 PatientInnen lediglich eine Fürsorgerin für die Sozialarbeit zugeteilt. Es gab zu wenige Ärzte und zu wenig diplomiertes Pflegepersonal.

Erst die breite Kritik am vorherrschenden psychiatrischen System zu Ende der 1960er Jahre führte zu einem Hinterfragen der ausschließlich biologischen Sichtweise der Psychiatrie und ihrer Funktion als „Verwahranstalt“. Um die überfüllten Abteilungen zu entlasten, eröffnete das *„Landes-Nervenkrankenhaus Hall“* 1973 vier neue Stationen. Im selben Jahr gab der Deutsche Bundestag den Auftrag, die Lage der psychiatrischen Einrichtungen in Westdeutschland zu untersuchen. In der sogenannten *„Psychiatrie-Enquete“* wurden 1975 sodann die grundlegenden Ziele einer zeitgemäßen Psychiatrie formuliert. Asmus Finzen schlug 1995 in seinem Buch *„Das Ende der Anstalt“* eine radikale Verkleinerung der Anstalten, den Aufbau psychiatrischer Abteilungen an den Allgemeinen Krankenhäusern, den Ausbau teilstationärer und ambulanter Dienste, die rechtliche Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken und die Herstellung von Gemeindenähe in der Versorgung vor.

1978 wurde das *„Landes-Nervenkrankenhaus Hall“* um zusätzliche sechs Stationen erweitert und bis 1985 vermehrt diplomiertes Pflegepersonal für psychiatrische PatientInnen eingestellt. Unter Mitwirkung von Franz Hoppichler, des heutigen Pflegedirektors, führte dies zu bedeutsamen Veränderungen in der Pflege, auch stiegen die Ansprüche der MitarbeiterInnen durch den verbesserten Wissensstand. Das Ziel war nun, psychisch kranken Menschen Begleitung und Hilfe anzubieten. An diesem Konzept sollten alle Beteiligten mitwirken. Pflegende machten sich mit neuen kommunikativen Techniken wie beispielsweise der patientenorientierten Gesprächsführung vertraut, was einen prestigeträchtigen Aufstieg ihrer Berufsrolle bedeutete. Zunehmend wurde psychiatrische Pflege als geplanter Prozess definiert und in den Alltag integriert.

Während bis 1984 im *„Landes-Nervenkrankenhaus Hall“* praktisch noch alle Stationen geschlossen geführt wurden, leitete der damals neu bestellte Primar Dr. Harald Schubert die Öffnung des Hauses ein. Franz Hoppichler erinnert sich, dass das *„Landes-Nervenkrankenhaus“* Ende der 1980er Jahre hinsichtlich der Anzahl der PatientInnen den Höchststand mit ca. 1.000 PatientInnen erreicht hatte. 1991 trat das Unterbringungsgesetz mit Regelungen für die zwangsweise

Unterbringung in Kraft, und im Folgejahr wurde das Landes-Nervenkrankenhaus in *„Psychiatrisches Krankenhaus des Landes Tirol"* umbenannt. Unter dem Primariat von Schubert und dem 1994 neu bestellten Leiter des Primariats II, Dr. Christian Haring, wurden bis heute zahlreiche zeitgemäße Neuerungen durchgesetzt.

1995 trat der von der Tiroler Landesregierung beschlossene Psychiatrieplan in Kraft. Die Stationen wurden weiter verkleinert und nach neuen, differenzierteren Krankheitsbildern geordnet, entsprechende therapeutische Angebote eingeführt, stationäre Einrichtungen dezentralisiert und die PatientInnen mit chronischen Erkrankungen außerhalb des psychiatrischen Krankenhauses in den örtlichen *„Versorgungshäusern"* untergebracht. Außerdem wurden verschiedene extramurale Betreuungsformen wie Wohngruppen, Arbeitsinitiativen und aufsuchende Dienste eingerichtet. Menschen mit einer geistigen Behinderung und Personen mit sozialen Auffälligkeiten werden seit dieser Zeit von der Lebenshilfe, dem Verein W.I.R., der Caritas und anderen Institutionen betreut.

Von der Krankenpflege zur psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege

Die Ausbildung für den gehobenen Pflegedienst wurde 1997 im *„Gesundheits- und Krankenpflegegesetz"* einheitlich geregelt und änderte die entsprechende Berufsbezeichnung von *„Krankenpflege"* in *„Gesundheits- und Krankenpflege"* um. Der Beruf der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege umfasst seit dieser Zeit die Betreuung und Pflege von Menschen mit psychischen Störungen und neurologischen Erkrankungen aller Alters- und Entwicklungsstufen sowie die Förderung der psychischen Gesundheit.

In den Folgejahren wurden weitere Spezialisierungen sowie Modernisierungen an den Gebäuden und an der technischen Ausstattung durchgeführt. Im Areal des *„Psychiatrischen Krankenhauses Hall"* entstand ein Caféhaus mit Sonnenterrasse und Kinderspielplatz, aus der hauseigenen Wäscherei wurde die Kulturstation *„Wäscherei P"*, die sich zu einem bedeutsamen Bestandteil der Haller Kulturszene entwickelte. Ein öffentlich benutzbarer Minigolfplatz, eine Turnhalle mit Fitnessbereich und ein Bewegungsgarten für PatientInnen wurden zur Erweiterung des Therapieangebotes errichtet.

2005 wurde bei der *„Österreichischen Psychiatrie-Enquete“* in Linz die Erhaltung bzw. Wiederherstellung der psychischen Gesundheit als wichtiges europäisches Anliegen deklariert. Ein zwölf Punkte umfassendes Maßnahmenpaket beinhaltete u. a. die Forderung, das psychische Wohlbefinden für alle zu fördern und die Bedeutung der psychischen Gesundheit zu betonen. Der heutige stellvertretende Pflegedirektor Wolfgang Haller[2] vertritt in diesem Zusammenhang die Meinung, dass Österreich in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege europaweit eine Vorreiterrolle einnehme. Im selben Jahr 2005 wurde erstmals in Tirol an der Privaten Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik in Hall (UMIT) unter der Leitung von Rektorin Dr. Christa Them der Studiengang Pflegewissenschaften eingerichtet. Allerdings sieht der österreichische Gesetzgeber derzeit keine Notwendigkeit akademischer Abschlüsse in der Pflegeausbildung, obwohl diese für Leitungs- und Ausbildungspositionen in vielen Ländern der Europäischen Union bereits gefordert wird. Wie Christa Them und Eva Schulc in ihrem Artikel *„Vom weiblichen Hilfsdienst zur Hochschulabsolventin“* betonen, wird es auf lange Sicht aber notwendig sein, wissenschaftliche Erkenntnisse in den pflegerischen Alltag zu übernehmen und eine pflegewissenschaftlich universitäre Ausbildung zu etablieren.

Heute ist das Psychiatrische Krankenhaus Hall eine Sondereinrichtung mit zwölf Stationen, die über eine moderne Infrastruktur und helle Räume, über eine allgemeine und mehrere Spezialambulanzen verfügt und deren therapeutische Verfahren ganzheitsmedizinischen Konzepten folgen.

In Zusammenarbeit mit dem Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe (AZW) der Tiroler Landesanstalten GmbH TILAK werden die MitarbeiterInnen nach neuesten Erkenntnissen der Wissenschaft aus- und weitergebildet.

Für die psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege hatten die geschilderten Umstrukturierungsmaßnahmen enorme Veränderungen zur Folge. Das Berufsbild wandelte sich von jenem der Überwachung (Verhinderung von Zwischenfällen) hin zu Unterstützung, Betreuung, Begleitung, Beratung und Information der PatientInnen. Wie Rita Mair in ihrer Arbeit *„Selbstpflege – Kompetenz – Entwicklung bei älteren Personen im Setting am Modellprojekt MENSANA“* aufzeigt, umfasst gut funktionierende ganzheitliche Betreuung und Pflege neben der verstärkten Miteinbeziehung, Schulung und Beratung von Angehörigen auch den Ausbau sozialer Netze und vor allem die Förderung zur Selbstpflege. All diese Aufgaben können nicht mehr von einzelnen Disziplinen abgedeckt werden. Die heutige

Betreuung psychisch notleidender Personen erfolgt in interdisziplinären Teams von ÄrztInnen, psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflegern/schwestern, PsychologInnen, PsychotherapeutInnen, PhysiotherapeutInnen, ErgotherapeutInnen, SozialarbeiterInnen usw. Im Psychiatrischen Krankenhaus Hall, seit kurzem *„Landeskrankenhaus Hall"*, mit insgesamt 261 Betten sind derzeit ca. 360 Personen verschiedenster Berufsgruppen beschäftigt. Die unterschiedliche Lebenssituation der PatientInnen wie etwa Bildung, Beruf, soziale Integration, Krankheitsbild wird bei der Unterstützung individuell berücksichtigt. Während früher den PatientInnen möglichst viel Verantwortung abgenommen wurde, werden PatientInnen heute dazu angehalten, möglichst viel Verantwortung für ihr Leben selbst zu übernehmen. Sofern eine Betreuung außerhalb der Psychiatrie vorhanden und möglich ist, wird diese bevorzugt empfohlen. PatientInnen werden als gleichwertige und mündige BürgerInnen betrachtet, die in der Psychiatrie ein Werkzeug zur eigenständigen Alltagsgestaltung mitbekommen. Franz Hoppichler formuliert den Grundgedanken der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege heute folgendermaßen: *„So viel Hilfe wie notwendig, so wenig Hilfe wie möglich, um die Eigenständigkeit der PatientInnen zu fördern."*[3]

Diese zweifellos positiven Entwicklungen der letzten Jahre dürfen nicht über die Probleme hinwegtäuschen, welche die psychiatrische Versorgung und Pflege noch immer betreffen. Häufige psychiatrische Diagnosen finden sich im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen, Depressionen, affektiven Störungen. Auch die Gerontopsychiatrie ist in den heutigen Gesellschaften stark gefordert. Dies betrifft PatientInnen und auch pflegende Angehörige. Nach Franz Hoppichler werden ca. 83 Prozent der geriatrischen PatientInnen zu Hause gepflegt. Christian Haring[4] verweist auf das besondere Problem der Suizidalität. Trotz des Suizidpräventionsplanes des Bundesministeriums für Gesundheit sterben in Österreich jährlich fast doppelt so viele Menschen durch Suizid wie durch Verkehrsunfälle – v. a. auch Jugendliche – obwohl in psychiatrischen Einrichtungen genauso wie in zahlreichen anderen Institutionen Hilfe erhalten werden kann.

Gegenwärtige und zukünftige Aufgabenfelder psychiatrischer Versorgung und Pflege liegen im Bereich der Früherkennung psychiatrischer Störungen. Es finden sich nach wie vor Vorurteile in der Bevölkerung gegenüber psychiatrischen Erkrankungen wie beispielsweise Depressionen oder Schizophrenie. Eine Gleichstellung mit somatischen Erkrankungen wie Arthrose oder Diabetes verlangt noch erhebliche Aufklärungsarbeit. Auch die Erreichbarkeit von Hilfe ist eine wich-

tige Voraussetzung dafür, dass PatientInnen sich dieser Hilfe überhaupt bedienen können. Psychiatrische Hilfe und Pflege ist für die Bevölkerung der Tiroler Täler derzeit kaum zu erhalten. Die Einbeziehung pflegender Angehöriger und die vermehrte Anerkennung und Unterstützung ihrer Leistungen ist für eine flächendeckende psychiatrische Pflegeversorgung ebenfalls von enormer Bedeutung. Ein weiterer wichtiger Aufgabenbereich betrifft die Unterstützung von ImmigrantInnen bei psychischen Problemen.
Für die psychische Gesundheit der Tiroler Bevölkerung sind Weiterentwicklungen in der Pflegeausbildung und – v. a. auch in der Pflegeforschung – Aufklärungsarbeit gegenüber der Bevölkerung, weitere Vernetzungen mit extramuralen Einrichtungen und eine flächendeckende psychiatrische Versorgung unabdingbar.

Anmerkungen

1 Hoppichler, Franz, Interview im Psychiatrischen Krankenhaus Hall, 29.10.2010.
2 Haller, Wolfgang, Interview im Psychiatrischen Krankenhaus Hall, 29.10.2010.
3 Hoppichler, Franz, Interview im Psychiatrischen Krankenhaus Hall, 29.10.2010.
4 Haring, Christian, Interview im Psychiatrischen Krankenhaus Hall, 29.10.2010.



Abb. 63: Kunstfoto „Heimerziehung“ (2011)

Horst Schreiber

„Du bist mit Angst schlafen gegangen und mit Angst aufgewacht"

In der Kinderbeobachtungsstation des Landeskrankenhauses Innsbruck 1961–1963

Im März 2010 informierte der Autor dieses Beitrages die Tiroler Landespolitik, dass Kinder und Jugendliche nicht nur in katholischen Einrichtungen, sondern auch in vielen Heimen des Landes Tirol und der Stadt Innsbruck Jahrzehnte lang massiven Misshandlungs- und Missbrauchspraktiken ausgesetzt waren. Nach der Einrichtung einer Opferschutzkommission und einer breiten öffentlichen Berichterstattung meldeten sich Betroffene auch direkt beim Autor, darunter solche, die auf der Innsbrucker Kinderbeobachtungsstation des Landes Tirol Traumatisierendes erlebt hatten. Von diesen Erfahrungen ist im Folgenden die Rede.

Von Kindheit an war Anna M. den Gewaltexzessen des Vaters und Diskriminierungen der Stiefmutter ausgesetzt. In der Schule wurde den Erzählungen des Kindes kein Glauben geschenkt. Für die Direktorin war Anna verhaltensauffällig, weshalb sie im Einverständnis mit dem Vater für die Einlieferung des knapp elfjährigen Mädchens in die Innsbrucker Kinderbeobachtungsstation Sonnenstraße sorgte, die von Dr. Maria Nowak-Vogl geleitet wurde.

Brigitte T. ist ein unehelich geborenes Kind, das seit ihrer Geburt von Pflegeplatz zu Pflegeplatz gereicht wurde. Ihr tägliches Brot waren Schläge und Demütigungen, einiges wies auch auf sexuelle Übergriffe hin. Für die Fürsorgerin war das Kind *„beinahe krankhaft nervös"* und in sittlicher Hinsicht *„nicht einwandfrei"*, weil sie sich von Buben verleiten ließ, *„die Hose herunter zu geben."*[1] Deshalb habe sie Dr. Nowak-Vogl eingeschaltet.

„Und damit hast du sozusagen dein Leben abgegeben“

Brigitte T. und Anna M. berichten, wie sie die Beobachtungsstation als Kinder ihrer Erinnerung nach wahrgenommen haben. Ein hoher Eisenzaun und Türen ohne Klinken hinderten am Verlassen des Hauses, das ihnen wie eine „Strafanstalt“ vorkam. Sie wurden gezwungen, Anstaltskleidung zu tragen, der Tagesablauf war auf das Penibelste geregelt. Die Kinder wurden in Permanenz kontrolliert und diszipliniert. Vom frühen Aufstehen bis zum zeitigen Schlafengehen standen sie unter ständiger Beobachtung und Testung. Ein Therapieangebot gab es nicht, dafür wurden umso mehr Medikamente mit äußerst unangenehmen Nebenwirkungen oder einer relativ hohen Suchtgefahr (Sedapon, Epiphysan etc.) verabreicht. Brigitte, die über Weihnachten in der Beobachtungsstation war und seitdem jedes Jahr, wenn sich diese Zeit nähert, an starken psychischen Beschwerden leidet, bemerkt:

„Für mich war es eine Art Psychoterror. Ich war nur kurze Zeit drin, aber die war für mich irrsinnig ausschlaggebend im Leben, also, wie gesagt, ich habe viel mitgemacht, auch vorher, aber da war irgendetwas, das, wie gesagt, das ich eben nicht mehr weiß und da muss etwas noch gewesen sein und da war auch sicher auch noch was. Aber das ist nicht da. Weil das gibt es nicht, dass ich es so nicht mehr verkraften habe können und jedes Jahr wieder.“

Besonders schmerzlich sei das Gefühl gewesen, alleine gelassen zu sein, ausgeliefert, hilflos. Anna berichtet über ihren rund dreimonatigen Aufenthalt von Lautsprechern im Zimmer und Angst einflößenden Stimmen, vom Knien auf einem Holzscheit und Halten von Schischuhen mit gestreckten Armen; und über eine saftige Ohrfeige von Nowak-Vogl. Demütigungen vor den anderen Kindern waren eine beliebte heilpädagogische Methode in der Sonnenstraße, vor allem für BettnässerInnen. *„Die stinkt. Geht's da nicht hin.“* Eiskalte Duschen seien eine Spezialität des Hauses gewesen. Anna erinnert sich auch, dass einem Buben gedroht wurde, ihm den Penis abzuschneiden, wenn er nicht aufhöre, mit seinem Geschlecht zu spielen. Sie selbst sei mit Elektroschocks behandelt worden, zudem habe man ihr etwas Schmerzhaftes in die Scheide eingeführt. Auch Brigitte, die nur zehn Wochen auf der Station observiert wurde, unterstreicht: *„Jeder Tag war eine Marterung. Du bist mit Angst schlafen gegangen und mit Angst aufgewacht.“*

Neuropathisch, psychopathisch, hysterisch, sexuell verwahrlost: Die Diagnosen der Kinderbeobachtungsstation

Was ist nun den Akten, die an der Kinderbeobachtungsstation angelegt wurden, über die elfjährige Anna und die achtjährige Brigitte zu entnehmen? Die Kinder wurden nach den Aufnahmegesprächen mit Pflege- bzw. Stiefeltern und mit der Lehrerin von Brigitte T. verschiedenen Testreihen unterzogen. Ein Aufnahmegespräch mit den Kindern ist nicht dokumentiert. Brigittes Pflegemutter gab an, dass das Kind an seinen vorhergehenden Pflegeplätzen *„unglaublich schlecht"* behandelt worden sei. Danach wäre sie bei ihr schwierig, bockig, misstrauisch, anfänglich verlogen, besonders aber übernervös und jähzornig gewesen, ansonsten jedoch sehr folgsam. Mahnen musste sie das Mädchen aber, weil es mit einem Buben Doktor gespielt habe. Brigittes Lehrerin hingegen zeichnete das Bild eines in der Pflegefamilie arg benachteiligten und vernachlässigten Kindes, das *„vollkommen verschüchtert"* sei und nervös. Sie selbst konnte Brigitte nur das beste Zeugnis ausstellen. Sie lüge nie und sei sehr froh, wenn man sich mit ihr beschäftige, auch die Zittrigkeit des Kindes habe sich bei ihr im Unterricht gebessert.

In der Kindergruppe der Beobachtungsstation erzählte Brigitte von häufigen Schlägen an früheren Pflegeplätzen und vom Eingesperrtsein im dunklen Keller. Die Notlage des kleinen Mädchens und ihre psychischen Reaktionen darauf waren unschwer zu erkennen bzw. einzuschätzen. Eine der ersten Diagnosen auf der Station nach einer Rohrschachtestung mit 23 Klecksen lautete allerdings: *„Hat Minderwertigkeitsgefühle, die mit einem Schuldkomplex im Zusammenhang stehen. Bestehende Weglauftendenzen […]. Eine sexuelle Problematik ist vorhanden. […] Leichte depressive Reaktionen […]. Leichte neurot.[ische] Reaktionsweise."* In der Folge wird ersichtlich, dass jede Handlung Brigittes, die Nowak-Vogls Team beobachtete, als ein Fehlverhalten, Mangel oder Defizit interpretiert wurde. Auch in der abschließenden Beurteilung brachte Nowak-Vogl die *„Nervosität"*, wegen der Brigitte eingeliefert wurde, in keinen Zusammenhang mit der tatsächlich erlebten Vorgeschichte des Kindes, obwohl sie über vielfältige Hinweise auf Misshandlungen verfügte und selbst die Qualität des letzten Pflegeplatzes von Brigitte als untersuchungswürdig ansah. Das Mädchen blieb stets nur „Objekt" von Beschreibungen und Interpretationen auf der Grundlage einiger nicht gerade sehr sorgfältig durchgeführter und wenig kritisch durchgesehener Aufnahmegespräche, und vor allem einer standardisierten Testreihe, mit der ohne

Selbstzweifel sehr schematisch weitestgehende Schlüsse gezogen werden. Den Akten ist nicht zu entnehmen, dass ein Versuch unternommen worden wäre, zur Ursache der Schwierigkeiten des Mädchens zu gelangen, indem mit ihr und nicht nur über sie gesprochen wurde. Die Sichtweise des Kindes und seine Erfahrungen interessierten nicht. Dieses war ausschließlich Beobachtungs-, Behandlungs- und Diagnosegegenstand. Behandlung ist in erster Linie medikamentöse Therapie. Brigittes Zittern erschien als Ausdruck einer Nervenkrankheit, das Kind sei neuropathisch. Zudem laufe die Achtjährige (!) Gefahr, sexuell zu verwahrlosen. Die Gunst älterer Kinder gewinnen zu wollen, noch dazu wenn man selbst ängstlich ist und in der Hierarchie unten steht, erscheint als Beweis für einen krankhaften (!) Hang zur Verführbarkeit. Obwohl Brigitte ein derart braves Kind war, dass man es beim besten Willen nicht als *„schwererziehbar"* einstufen konnte, empfahl Dr. Nowak-Vogl in ihrem Abschlussbericht an das Bezirksjugendamt Imst, sie so zu behandeln, als ob sie *„schwererziehbar"* wäre. Empathie gegenüber dem Kind, das Hospitalisierungserscheinungen hatte und wegen der vielen Schläge und Misshandlungen völlig verschreckt und zittrig war, sucht man vergeblich:

„Im Vordergrund des Erscheinungsbildes bei Brigitte stand tatsächlich eine sehr auffallende Nervosität. Erst verschiedene Behandlungsmethoden führten zu einem annähernden Ergebnis. Die Schrift blieb allerdings bis zuletzt etwas zittrig, auch neigt das Kind immer noch rasch zum Weinen und ist gänzlich verschreckt, wenn man es einmal etwas schärfer anpackt. Es besteht kein Zweifel, daß gerade dieses Kind eine Subtilität der Erziehungsmaßnahmen braucht, die man im allgemeinen bei der Landbevölkerung nicht antreffen dürfte. Immerhin gelang es in der Aufnahmezeit, das Mädchen soweit zu bringen, daß es am Schluß ein sonniges, fröhliches Kind wurde, das […] eine altersgemäße Lebensbewährung zu zeigen begann. Gerade in letzter Zeit zeigte sich auch, daß Brigitte wohl auf Grund ihrer etwas schwachen Begabung gutmütig und dumm zu allem verleitbar ist, zu was man sie anstiftet. Je gelockerter sie wurde, umsomehr konnte bemerkt werden, wie sehr sie dazu neigt, zu verwahrlosen, wenn man sie nicht kurz hält. […] Wir haben den Eindruck, daß es für den neuen Pflegeplatz ganz besonders wichtig ist, daß die Pflegemutter im Bilde ist, daß Brigitte zwar ein liebes, freundliches und fügsames Kind ist, also im üblichen Sinn keineswegs schwererziehbar, daß das Mädchen aber trotzdem eine Beaufsichtigung braucht, wie man sie sonst nur bei Schwererziehbaren anwendet".[2]

Auch mit Anna M. wurde während ihres dreimonatigen Aufenthaltes in der Kinderbeobachtungsstation nach dem gleichen Schema verfahren. Sie trat auf Veranlassung ihrer Schuldirektorin wegen Lügens und häufiger Abwesenheiten in die Beobachtungsstation ein. Der Aufnahmearzt Dr. Höllebauer schätzte den Vater nach dem Erstgespräch als *„überaus gutmütigen und ruhigen Mensch"* ein, die Stiefmutter als *„etwas harte Person"*, die aber sehr bemüht sei, Anna gerecht und mütterlich zu behandeln, auch wenn sie die eigenen Kinder bevorzuge. Die Stiefmutter beschrieb Anna als Lügnerin und Angeberin, die in der Schule schwach und faul sei und herumflaniere. Sexuell sei sie unauffällig, besonders frech aber gegenüber dem gutmütigen Vater, der sich alles gefallen lasse. Dass er Anna einmal wegen einer Kleinigkeit aufgehängt hat, bis sie kaum mehr Luft bekam, erwähnte sie geflissentlich nicht. Da das Kind über seine Erfahrungen im Elternhaus nicht befragt wurde, blieb seine soziale Welt bei der Diagnoseerstellung unberücksichtigt. Nach einer Zeit der Beobachtung wurde Anna M. in der stationsinternen Schule so beschrieben: *„Sie bewegt sich jetzt sehr an der Grenze des gerade noch Erträglichen, ist aber so lieb und elegant frech, daß man schwer dreinfahren kann! […] Sie ist ein ‚süßer Fratz' […] Man sieht jedoch zweifellos, dass sie eine straffe Hand benötigt, dürfte auch scheinheilig sein."*[3] Liest man die Beschreibung ihres Benehmens in der Kindergruppe, so scheint es aus der Sicht der Beobachtungsstation kein Verhalten gegeben zu haben, das als kindgemäß eingestuft wurde. Wenn sich Anna um die Anerkennung Älterer bemühte, galt dies als Einschmeicheln. War sie lebhaft, bedeutete dies, dass sie *„auf eine recht scheinheilige Weise ausgesprochen schlimm"* sei. *„Wenn man sie nicht scharf anpackt, macht sie sich immer über alles lustig und tut am Schluß, was sie mag."* War Anna anpassungsfähig und wusste mit den vielen Sanktionen umzugehen, schlussfolgerten die Aufsichtsorgane, dass es ihr nichts ausmachte, *„wegen ihrer eigenen Dummheiten gestraft"* zu werden. Wollte sie als Kranke – sie hatte Röteln – Aufmerksamkeit, galt dies als aufdringlich: *„War zuerst im Bett brav, wurde dann recht anspruchsvoll."* Hatte Anna eine Freundin, wurde festgehalten: *„Ist dabei recht klebrig."* Schließlich heißt es: *„Bemerkenswert ist, daß sie bemerkt hat, daß L. W. onaniert. Schaut ihr scheinbar dabei zu. Spielt selber fast nur mit Puppen."* Zwei Wochen später wurde notiert: *„Interessiert sich scheinbar ziemlich für Buben."* Daraufhin bekam Anna M. neun Mal je 3 ccm Epiphysan verabreicht, ein triebdämpfendes Mittel mit zahlreichen Nebenwirkungen. Nach der obligaten Testreihe wurden folgende Schlüsse gezogen: *„Dürfte zu Pseudologien [Lügensucht] neigen […] Hirnorganisch. Schädigung mit hysterischem*

Überbau.“ Als der Vater in der Klinik befragt wurde, gab er an, *„daß seine Frau ein ähnlich hysterisches Gehaben gehabt habe“*. Daraufhin wurde die elfjährige Anna als erblich belastete Hysterikerin diagnostiziert. In diesem Sinne informierte Dr. Nowak-Vogl ihre Freundin, die Schuldirektorin des Mädchens, der sie für die Aufnahmevermittlung dankte. Zunächst lobte sie den Vater, der um das Wohl des Kindes *„ernstlich besorgt zu sein“* scheint, und hielt dann fest:

„An der Diagnose ist bei Anna kein Zweifel: Es handelt sich um eine massiv hysterische Persönlichkeit. […] Erschütternd ist, daß bei dieser Diagnose und diesem Befund irgendwelche Erziehungsmaßnahmen auf alle Fälle nur ein ganz beschränktes Ergebnis haben werden. Jedoch muß dem Vater, falls doch eine Fürsorgeerziehung ins Auge gefaßt wird, ausdrücklich gesagt werden, daß es sich bei Anna mehr um eine Aufbewahrung als um eine verläßliche Besserung handeln dürfte […]. Der Vater ist sich allerdings über die grundsätzliche Unveränderlichkeit der Eigenschaften Annas ziemlich im Klaren […]. Von einer Heimerziehung ist nur zu erwarten, daß Annas verderbliche Begabung nicht mehr so unkontrolliert zur Geltung kommen kann. […] So organisierte sie zum Beispiel täglich abends nach dem Zu-Bett-gehen irgendwelche Zwischenfälle um die Erzieherinnen zum Eingreifen zu zwingen um dadurch die Nachtruhe, die ihr zu früh war, auf eine halbe oder gar eine ganze Stunde hinauszuschieben. Sollten ähnliche organisierte Schädigungen der übrigen Kinder auch in der Schule auftreten, wird trotz der mangelhaften Aussicht einer Fürsorgeerziehung trotzdem dazu geraten werden müssen.“[4]

Weil Anna in den Augen der Schuldirektorin und der Kinderbeobachtungsstation lügte, unfolgsam und frech war und später zu Bett gehen wollte, erhielt sie die Diagnose hysterisch, pathologisch, pseudologisch und erblich belastet. Da Anna als unerziehbar eingestuft wurde und der Vater nicht auf die Ausnützung ihrer Arbeitskraft und auf die Kinderbeihilfe verzichten mochte, blieb Anna zwar das Erziehungsheim Schwaz erspart, nicht aber ihr handgreiflicher Vater. Die Prügelorgien und Demütigungen, welche die wahren Ursachen für die Schulschwierigkeiten waren, gingen daheim unvermindert weiter.

Die Diagnose und Behandlung von Anna und Brigitte unter Nowak-Vogl stellen einen wesentlichen Teil eines Prozesses der Stigmatisierung in ihrem Lebensverlauf dar. Die Mädchen wurden zu Objekten eines medizinischen Blicks, der keinerlei Beachtung und Empathie für die Besonderheiten des kindlichen Erle-

bens und ihre Erfahrungen im Elternhaus und an Pflegeplätzen unter den Bedingungen von Prügel und Ausnutzung kannte. Die Kinderbeobachtungsstation hätte einen Wendepunkt in diesen beiden Kindheiten voller Gewalt und Abwertung bedeuten können. Tatsächlich kamen sie vom Regen in die Traufe. Es wurde ihnen endgültig eine soziale Identität als neurotische und pathologische Wesen aufgezwungen, an der sie sich ihr ganzes Leben lang abarbeiten mussten. Die beiden hier beschriebenen Mädchen sind daran nicht zugrunde gegangen, andere schon.

Anmerkungen

1 Der Text stellt eine Zusammenfassung zweier Beiträge aus Schreiber, Horst, Im Namen der Ordnung. Heimerziehung in Tirol, Innsbruck-Wien-Bozen 2010, S. 275-291 dar. Er basiert auf Interviews mit Anna M. vom 10.4.2010 und mit Brigitte T. vom 26.3.2010 sowie auf ihren in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Innsbruck lagernden Patientinnenakten. Die Namen wurden an allen Stellen des Beitrages, so auch in den Zitaten, anonymisiert.

2 Archiv der Kinder- und Jugendpsychiatrie Innsbruck, Patientinnenakt Brigitte T., Dr. Vogl an das Bezirksjugendamt Imst, 8.2.1963.

3 Archiv der Kinder- und Jugendpsychiatrie Innsbruck, Schulberichte von E. Vogl und zuletzt von Dr. Munz über Anna.

4 Archiv der Kinder- und Jugendpsychiatrie Innsbruck, Maria Vogl an Helga Obermayr, Pestalozzischule Innsbruck, 25.5.1961.


Abb. 64: Franco Basaglia (ohne Datum)

Rodolfo Taiani

„Befreiung durch Selbstbefreiung“

Die Reform der Psychiatrie in Italien vom Ende des Zweiten Weltkrieges bis zum Gesetz 180 aus dem Jahr 1978

Die Internationalen Filmfestspiele von Venedig eröffneten im August 1949 mit dem Film *„The Snake Pit“* („Die Schlangengrube“). Das Werk des Regisseurs Anatole Litvak ist die Verfilmung des gleichnamigen Romans von Mary Jane Ward, der schon 1947 unter dem Titel *„La fossa dei serpenti“* bei Bompiani in italienischer Übersetzung erschienen war. Erzählt wird von der geschlossenen Abteilung für Geisteskranke in einer psychiatrischen Klinik in Amerika. Mitleidlos stellt der Film den Zustand menschlichen Verfalls jenes Ambientes und derjenigen dar, die dort auf eine Besserung ihres Gesundheitszustands hoffen. Als der Film kurz darauf auch in Rom einer kleinen Gruppe von Psychiatern vorgestellt wurde, stieß er auf geteilte Meinungen. Es zeichneten sich zwei gegnerische Fronten ab: Eine, die sich für den breiten und freien Vertrieb des Films einsetzte, um dadurch eine Möglichkeit der Auseinandersetzung zu schaffen und um öffentliche Diskussion des Themas der psychiatrischen Fürsorge anzuregen. Die andere Seite, die Mehrheit, sprach sich gegen jede Form des Vertriebs aus, weil der Film – so ihr Argument – ein verzerrtes Bild darüber befördere, wie die psychiatrische Wissenschaft an den dafür vorgesehenen Orten ihre Patienten behandelte.

Wer sich lautstark dafür einsetzte, den Film zu vertreiben und einem breiten Publikum bekannt zu machen, war Ugo Cerletti (1877–1963), der Erfinder des Elektroschocks, der seine Argumente in der von Piero Calamandrei herausgegebenen Zeitschrift *„il Ponte“*[1] veröffentlichte. In diesem Artikel wagte es Cerletti auch, eine Parallele zwischen Konzentrationslagern und psychiatrischen Einrichtungen zu ziehen. Er fragte sich, ob eben dieser Zustand des Weggeschlossenseins

in einer Anstalt wie in den deutschen Konzentrationslagern der Grund für schwere geistige Krankheiten sein könnte. Letztendlich nahm Cerletti eine Haltung ein, die er noch oft wiederholen sollte – wie zum Beispiel 1950 auf dem internationalen Psychiatriekongress in Paris. Er war überzeugt, dass die psychiatrische Fürsorge, so wie sie damals in Italien strukturiert war, einer radikalen Reform bedürfe – zum Wohl aller PatientInnen. Cerletti schrieb:

„Daher können wir ruhig sagen, wenn die Menschen keine Sympathien für den Kranken im Allgemeinen hegen, verabscheuen sie, ja fast würde ich sagen, hassen sie den Geisteskranken geradezu, sie sehen in ihm eine Gefahr für ihre Seelenruhe. Genau da liegt der Kern, der Hebel für die geforderten Reformen: den Menschen beizubringen, die Kranken zu lieben, alle Kranken.“[2]



Abb. 65: Das heute geschlossene Institut für psychiatrische Ergotherapie Stadlhof in Pfatten (2011)

Der kritische Zustand der Betreuung von Geisteskranken in Italien und insbesondere der Verfallszustand vieler Anstalten und Einrichtungen machte daher eine radikale Erneuerung nötig.

So kam es aber nicht, zumindest nicht unmittelbar. Aber trotz der allgemeinen Gleichgültigkeit, auf welche die Worte des berühmten Arztes trafen, bezeugt die Episode, wie die Reform der psychiatrischen Betreuung zwischen 1968 und 1978 umgesetzt wurde. Möglich wurde sie infolge der Debatten der italienischen Psychiatrie der 1960er Jahre und den Schlüssen aus den furchtbaren Ereignissen in deutschen Konzentrationslagern und in anderen Orten erzwungener Internierung und Isolierung, die im Verlauf des Zweiten Weltkrieges eingerichtet worden waren. Franco Basaglia selbst, der sich mehr als andere für die Reform der Psychiatrie in Italien eingesetzt hat, machte keinen Hehl aus der Tatsache, dass auch das in ihm angestaute Grauen gegenüber Haftformen Voraussetzung und Grundlage seines Einsatzes gewesen sei, die er im Zweiten Weltkrieg am eigenen Körper erfahren musste, als er als knapp Zwanzigjähriger in Venedig verhaftet wurde und sechs Monate lang wegen Antifaschismus inhaftiert worden war.

Bereits im Verlauf der 1950er Jahre kam es zur Diskussion der psychiatrischen Betreuung, auch wurden konkrete Reformen angedacht. Auch erschienen erste journalistische Untersuchungen der Zustände in den psychiatrischen Krankenhäusern (z.B. in *„Oggi“* 1957, *„Europeo“* 1957, *„Le ore“* 1959), es wurden erste vor Ort gedrehte Dokumentarfilme (*„Lavorano e sorridono gli ospiti di Cogoleto“* 1951, *„Visita al manicomio criminale di Aversa“* 1952) produziert, es erschienen erste Veröffentlichungen autobiografischer Zeugnisse von Kranken (so z.B. von Amilcare Marescalchi) und Überlegungen für ein radikales Überdenken der Organisationsform der psychiatrischen Anstalten, etwa vom Schriftsteller und Psychiater Mario Tobino. Gerade Mario Tobino ist, in Zusammenarbeit mit den Architekten Giorgio Ramacciotti und Piero Morello, 1958 die Planung der neuen psychiatrischen Klinik in Vicenza zu verdanken. Tobino war es auch, der, wie Primo De Vecchis berichtet, im selben Jahr auf einem Neurologenkongress (*„Congresso di Neurologia per la Toscana e l'Umbria“*) eine Arbeit präsentierte, die sich mit dem Neubau von psychiatrischen Anstalten auseinandersetzte (*„Come si deve costruire oggi un nuovo ospedale psichiatrico“*).

1961 übernahm Franco Basaglia den Direktorenposten des psychiatrischen Krankenhauses in Görz. Er ermöglichte den Patientinnen und Patienten eine größere Mobilität innerhalb sowie außerhalb der Anstalt, er schaffte Freiheitsbeschränkungen ab, wodurch das Verantwortungsbewusstsein der Kranken sich

selbst und auch gegenüber dem Ort, an dem sie lebten, gefördert werden sollte. Dies alles geschah zwar in einem nationalen Kontext, der aber taub, wenn nicht sogar erklärt feindlich gegenüber dieser Art von Veränderung eingestellt war, aber sicherlich um das Problemfeld wusste, aus dem der neue Vorschlag von Basaglia Inspiration und Energie bezog.



Abb. 66: Bruno Caruso, I veri pazzi sono fuori (1958)

Die frühen 1960er Jahre sind auch die Zeit, in welcher das nationale Verlagswesen internationale „Klassiker" in seine psychiatrischen und psychoanalytischen Publikationen vorstellte. Im Jahr 1961 gründete der Verlag *„Feltrinelli"* die Reihe *„Biblioteca di psichiatria e di psicologia clinica"*, die eben solche ausländischen Klassiker der Psychoanalyse, der Psychotherapie und solche, die über das soziale Verständnis von Krankheitsphänomenen reflektierten nach Italien brachte. Zu dieser wichtigen Aufgabe trugen laut Valeria Barbini vor allem Beniamino Andreatta und Pier Francesco Galli bei: Den Anfang machte *„Storia della psichiatria"* von Gregory Zilboorg und George W. Henry, es folgte *„La moderna concezione della psichiatria"* (deutsch: Die interpersonale Theorie der Psychiatrie) von Harry Stack Sullivan und nach und nach folgten andere bahnbrechende Texte wie beispielsweise *„Medico, paziente e malattia"* (deutsch: Der Arzt, sein Patient und

die Krankheit) von Michael Balint, noch im Jahr 1961 und eine Untersuchung von Edoardo Balduzzi *„Le terapie di shock"* (deutsch: Die Schocktherapie) ein Jahr später.

Das erste konkrete Ergebnis dieser reformerischen Anstrengungen, an denen auch seit ihrer Gründung 1959 die *„Associazione Medici Ospedali Psichiatrici Italiani"* (AMOPI) aktiv teilnahm, war am 18. März 1968 die Verabschiedung des Gesetzes Nr. 431, besser bekannt als *„Legge Mariotti"*, nach dem Namen des Ministers Luigi Mariotti, der es gefördert hatte. Zum ersten Mal seit dem Gesetz vom 14. Februar 1904 wurde in Italien die psychiatrische Pflege reformiert und einige beachtliche Innovationen eingeführt: insbesondere das Prinzip des freiwilligen Aufenthaltes und die gleichzeitige Abschaffung der obligatorischen Eintragung des Geisteskranken in das Strafregister, wie dies im Artikel 604-2 des italienischen Strafgesetzbuches, dem so genannten *„Codice Rocco"* (Königliches Dekret vom 19. Oktober 1930, Nr. 1398) festgelegt worden war. Mit dem Gesetz aus dem Jahr 1968 wurden außerdem die *„Centri"* oder *„Servizi di Igiene Mentale"* (CIM) gegründet und die finanzielle Zuwendung seitens des Staates zugunsten des medizinischen und psychologischen Personals erhöht. So konnten für jede psychiatrische Einheit eigene medizinische „Equipes" organisiert werden. Was nun endgültig aufgenommen und eingeführt wurde, war das schon seinerzeit von Ugo Cerletti vertretene Grundprinzip von der Würde der Geisteskranken, die somit das Recht erhielten, wie alle anderen Kranken behandelt zu werden. Mit diesem so einfachen wie revolutionären Prinzip beginnt das neue Kapitel der Geschichte der Psychiatrie in Italien. Das Prinzip könnte in Anlehnung an den Beitrag von Antonio Slavich in *„Fogli di informazione: documenti di collegamento e di verifica per l'elaborazione di prassi alternative nel campo istituzionale"* (Februar 1976) zusammengefasst werden mit den Worten: *„vier, fünf, vierundneunzig Gorizias schaffen"*.

Gleichzeitig jedoch stand die den Geisteskranken neu zugestandene Würde, die sich konkret in dem Zugeständnis größerer Bewegungsfreiheit zeigte, in der Schuld einer anderen großen Revolution der 1950er Jahre – der Einführung der so genannten Psychopharmaka.

Basaglia schrieb in seinem Artikel *„La distruzione dell'ospedale psichiatrico come luogo di istituzionalizzazione: mortificazione e libertà dello ‚spazio chiuso': considerazioni sul sistema ‚open door'"*, den er 1964 auf dem Ersten Internationalen Kongress für Soziale Psychiatrie in London vortrug:

„Natürlich ist das Problem der Freiheit für den Geisteskranken oder besser das Problem des Kranken in der Klinik nicht über Nacht aufgetreten, aufgrund der plötzlichen Enthüllung einer unbekannten Wirklichkeit, sondern es drängte sich lediglich nach der durch die Medikamente hervorgebrachten Veränderung in der Beziehung zwischen dem Kranken und seiner Krankheit mit einer nicht mehr zu ignorierenden Heftigkeit auf. Wenn der Kranke seine Freiheit an die Krankheit verloren hat, verdankt er die Freiheit, wieder von sich selbst Besitz ergreifen zu können, dem Medikament.“

Die so umrissenen neuen Perspektiven der Psychiatrie fanden auch in der psychiatrischen Klinik von Pergine Valsugana Anwendung. Hier wurde Anfang der 1970er Jahre unter Dr. Gian Franco Goldwurm der Versuch einer so genannten *„Sektoralisierung“* begonnen. Im Einklang mit diesem Ansatz wurde das Ziel angestrebt, die Betreuung der Kranken über die Mauern der Anstalt hinaus auszudehnen. Es wurden außerdem, wie Piera Janeselli belegt, die ersten Freizeitaktivitäten, Ferienaufenthalte am Meer und ausgedehntere Möglichkeiten für Kontakte und Austausch mit der Außenwelt organisiert. Am Ende dieses komplexen Weges, der hier nur kurz umrissen werden kann, steht idealerweise das Gesetz vom 24. Mai 1978 Nr. 180 *„Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori“* (später aufgenommen in die Artikel 33-34-35 und 64 des Gesetzes Nr. 833 vom 23. Dezember 1978, *„Istituzione del servizio sanitario nazionale“*). Diese Rechtsvorschriften wurden unrichtigerweise auch *„Legge Basaglia“* genannt. Franco Basaglia war zweifellos ein wichtiger Fürsprecher und Triebkraft in vielen Gefechten zugunsten der Psychiatriereform gewesen, das Gesetz 180 war jedoch in Wirklichkeit das Ergebnis der persönlichen Anstrengungen des Christdemokraten (DC) und Psychiaters Bruno Orsini. Diesem engen Mitarbeiter von Basaglia gelang laut Giovanni Jervis die schwierige Aufgabe, unter den verschiedenen Positionen zu vermitteln, die an den Spitzen der wichtigsten psychiatrischen Einrichtungen vertreten waren: Balestrieri für die *„Società Italiana di Psichiatria“* (SIP), Novello für die AMOPI und Basaglia selbst für die *„Psichiatria democratica“*. Franco Basaglia erklärte am Tag vor der Verabschiedung des Gesetzes der Tageszeitung *„La stampa“* in einem Interview:

„Es handelt sich um ein Übergangsgesetz, verabschiedet um das Referendum zu vermeiden und daher nicht immun gegen politische Kompromisse. Also Vorsicht vor schneller Euphorie. Man darf nicht meinen, mit der Eingliederung der Geis-

teskranken in allgemeine Krankenhäuser ein Allheilmittel für ihre Probleme insgesamt gefunden zu haben. Das neue Gesetz versucht die Psychiatrie der Medizin anzugleichen, also das menschliche Verhalten an den Körper: das wäre so, als wollte man Hunde und Bananen homogenisieren.“

Das neue Gesetz führte auf jeden Fall zu einer weiteren und wichtigen Veränderung: Im Zentrum des Hilfswerks stand nun nicht mehr die Einrichtung mit ihrer vorgeschriebenen Arbeitsweise, die oft das therapeutische Potenzial zunichte machte, sondern die PatientInnen mit ihrem Recht auf Behandlung.

Anmerkungen

1 Il Ponte, 1949, S. 1371-1377.
2 Ebenda, S. 1377.

P. b. b. Erscheinungsort Wien, Verlagspostamt 1030 Wien

BUNDESGESETZBLATT

FÜR DIE REPUBLIK ÖSTERREICH

Jahrgang 1990 Ausgegeben am 21. März 1990 65. Stück

155. Bundesgesetz vom 1. März 1990 über die Unterbringung psychisch Kranker in Krankenanstalten (Unterbringungsgesetz — UbG)

Der Nationalrat hat beschlossen:

Schutz der Persönlichkeitsrechte

§ 1. (1) Die Persönlichkeitsrechte psychisch Kranker, die in eine Krankenanstalt aufgenommen werden, sind besonders zu schützen. Die Menschenwürde psychisch Kranker ist unter allen Umständen zu achten und zu wahren.

(2) Beschränkungen von Persönlichkeitsrechten sind nur zulässig, soweit sie im Verfassungsrecht, in diesem Bundesgesetz oder in anderen gesetzlichen Vorschriften ausdrücklich vorgesehen sind.

Geltungsbereich

§ 2. Die Bestimmungen dieses Bundesgesetzes gelten für Krankenanstalten und Abteilungen für Psychiatrie (im folgenden Anstalt), in denen Personen in einem geschlossenen Bereich angehalten oder sonst Beschränkungen ihrer Bewegungsfreiheit unterworfen werden (im folgenden Unterbringung).

Voraussetzungen der Unterbringung

§ 3. In einer Anstalt darf nur untergebracht werden, wer

1. an einer psychischen Krankheit leidet und im Zusammenhang damit sein Leben oder seine Gesundheit oder das Leben oder die Gesundheit anderer ernstlich und erheblich gefährdet und
2. nicht in anderer Weise, insbesondere außerhalb einer Anstalt, ausreichend ärztlich behandelt oder betreut werden kann.

Unterbringung auf Verlangen

§ 4. (1) Eine Person, bei der die Voraussetzungen der Unterbringung vorliegen, darf auf eigenes Verlangen untergebracht werden, wenn sie den Grund und die Bedeutung der Unterbringung einzusehen und ihren Willen nach dieser Einsicht zu bestimmen vermag.

(2) Das Verlangen muß vor der Aufnahme eigenhändig schriftlich gestellt werden. Dies hat in Gegenwart des mit der Führung der Abteilung betrauten Arztes oder seines Vertreters (im folgenden Abteilungsleiter) sowie eines weiteren Facharztes für Psychiatrie und Neurologie oder für Neurologie und Psychiatrie (im folgenden Facharzt) zu geschehen.

(3) Das Verlangen kann jederzeit, auch schlüssig, widerrufen werden. Auf dieses Recht hat der Abteilungsleiter den Aufnahmewerber vor der Aufnahme hinzuweisen. Ein Verzicht auf das Recht des Widerrufs ist unwirksam.

§ 5. (1) Eine Person, der ein Sachwalter bestellt ist, dessen Wirkungskreis Willenserklärungen zur Unterbringung in einer Anstalt umfaßt, darf auf eigenes Verlangen nur untergebracht werden, wenn auch der Sachwalter zustimmt.

(2) Ein Minderjähriger darf nur untergebracht werden, wenn die Erziehungsberechtigten und, wenn er mündig ist, auch er selbst die Unterbringung verlangen. Weiters ist die Zustimmung des gesetzlichen Vertreters erforderlich.

Abb. 67: Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, 65. Stück, 21. März 1990

Matthias B. Lauer

Zwischen Menschenwürde und „Alternativlosigkeit“

Körpernahe freiheitsbeschränkende Maßnahmen in der Psychiatrie im Focus der PatientInnenrechte

Seit 1991 regelt das „Unterbringungsgesetz“ (UbG) den Aufenthalt von Patientinnen und Patienten in stationären psychiatrischen Einrichtungen in Österreich. Nach Absicht des Gesetzgebers sollten nach Inkrafttreten des Gesetzes Einschränkungen der persönlichen Freiheit von Patientinnen und Patienten nur noch als letztes Mittel angewandt werden. Das UbG war in Folge jenes gesellschaftlichen Aufbruchs zu Stande gekommen, der eine umfassende Rechtsreform unter dem Leitbild der Erweiterung persönlicher Freiräume und demokratischer Möglichkeiten anstrebte. Die bisher nach außen hin abgeschlossene und nach innen hin viele Menschen zum Teil lebenslang wegschließende stationäre Psychiatrie wurde durch vielfältige Bemühungen in dieser Zeit – auch von VertreterInnen der Psychiatrie selbst – zunehmend in Frage gestellt und aufgebrochen.

Die Grundintention des UbG ist § 1 Abs. 1 zu entnehmen: Das UbG dient dem besonderen Schutz der Persönlichkeitsrechte „psychisch Kranker“ und verpflichtet alle Akteurinnen und Akteure in der Psychiatrie, die Menschenwürde der Patientinnen und Patienten unter allen Umständen zu achten und zu wahren.

Schon in der frühen Auseinandersetzung mit der „geschlossenen“ Psychiatrie kam unter dem Maßstab der Wahrung der Menschenwürde eine Praxis in der Psychiatrie besonders kritisch in den Blick: die Vornahme körpernaher, mechanischer Beschränkungen der Bewegungsfreiheit, also die Einschränkung von Patientinnen und Patienten durch Fixierungen mittels Hand-, Fuß- und Bauchgurten, durch an der Sitzgelegenheit angebrachte Vorstecktische und durch Verbringen

in Betten mit Seitengittern oder in Netzbetten. Für körpernahe Beschränkungen legt § 33 nun die Kriterien fest, unter denen diese – wie gesagt als letztes Mittel – künftig rechtmäßig angewendet werden dürfen. Beschränkungen dieser Art sind demnach nur dann zulässig, wenn sie zur Abwehr einer Gefahr dienen, die ernstlich und erheblich ist; das heißt, wenn die Situation einer unmittelbaren schweren Gefährdung für Leib und Leben gleichkommt und in höchster zeitlicher Nähe zu einer psychotischen oder psychosewertigen psychischen Störung steht. Überdies sind sie nur dann zulässig, wenn sie zugleich „unerlässlich" zur ärztlichen Behandlung und Betreuung sind und sich diesbezüglich als verhältnismäßig erweisen. Weiters müssen die Maßnahmen ärztlich angeordnet, begründet, dokumentiert und der Patientenanwaltschaft gemeldet werden. Das UbG legt somit strenge Maßstäbe fest, unter welchen freiheitsbeschränkende Maßnahmen als rechtmäßig angesehen werden können. Die Grundhaltung des UbG ist es, rechtliche und faktische Verhältnisse zu schaffen, in denen körpernahe Beschränkungen soweit als möglich vermieden werden. „Unerlässlichkeit" und „Verhältnismäßigkeit" bedeuten in diesem Zusammenhang: es darf immer nur das Mittel angewandt werden, das im Hinblick auf die persönliche und körperliche Integrität und das Wohlbefinden einer Patientin bzw. eines Patienten das „gelindeste" ist. Gibt es folglich an Stelle der körpernahen Beschränkungen „gelindere" Mittel zur Sicherstellung der Gefahrenabwehr sowie der Behandlung und Betreuung (die wiederum jedenfalls der Gefahrenabwehr dienen muss), so dürfen Fixierungen und Ähnliches nicht mehr angewandt werden. Dies ist der für das Unterbringungsgesetz zentrale Grundsatz der „Subsidiarität".

Darüber hinaus darf nach dem UbG eine körpernahe Beschränkung nur dann gesetzt werden, wenn sie sich tatsächlich gegen eine unmittelbare schwere Gefährdung der PatientInnen richtet – nicht etwa, um dieselben zu disziplinieren oder die Pflege zu erleichtern. Aber auch dann dürfen körpernahe Beschränkungen nur angewandt werden, wenn sie das „gelindeste" Mittel sind. Ein Mittel ist dann das „gelindeste", wenn mögliche Alternativen vorher „begründet" ausgeschlossen wurden. Mögliche Alternativen, die momentan nicht zur Verfügung stehen, müssen nun aber, wie der Oberste Gerichtshof in seiner Entscheidung AZ 2 Ob 2100/96 festgestellt hat, geschaffen werden, um die „gelinderen" Mittel realisieren zu können. Und die Schaffung möglicher Alternativen dürfe dabei nicht an mangelhaften Aufwendungen des Krankenhauses bzw. des Krankenhausträgers scheitern – eine gerade in Zeiten der Diskussion um „zielgenauere" Ressour-

cenplanung und „entbehrliche“ finanzielle und personelle Ausstattungsmittel im Gesundheitsbereich weitreichende Aussage.

Besonders Beschränkungen mit Gurten sind in der wissenschaftlichen Literatur für beträchtliche negative Folgen bekannt. Psychische Beeinträchtigungen wie Verhaltensauffälligkeiten nehmen unter Fixierungen demnach in der Regel ebenso zu wie ernsthafte, sturzbedingte Verletzungen. Mögliche weitere somatische Folgen von Fixierungen, die in der Literatur häufig genannt werden, sind Stress, Thrombosen, Embolien, Quetschungen, Nervenverletzungen, Ischämien, sogar Strangulationen und plötzlicher Herztod. Wie die österreichische Gerichtsmedizinerin Andrea Berzlanovich in ihrem Beitrag *„Todesfälle durch mechanische Fixierungen“* auf einem Symposium in Berlin zur Reduzierung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen im Oktober 2009 vorgestellt hat, ergab eine langfristige rechtsmedizinische Münchner Untersuchung von Sterbefällen von Personen, die zum Zeitpunkt des Todes durch Gurtsysteme beschränkt waren, dass bei 32 der 37 Verstorbenen die Fixierung unmittelbar für den Todeseintritt verantwortlich war. Es ist evident, dass ein Mittel, das derartige Folgen haben kann, umso mehr dahingehend hinterfragt werden muss, ob es mit der Menschenwürde vereinbar sein kann.

Überblickt man die bloße Anzahl von Fixierungen und Gittersicherungen in der Tiroler stationären Psychiatrie, so fällt auf, dass besonders eine Gruppe von Patientinnen und Patienten in erheblichem Maße diesen unterliegen: es sind dies Patientinnen und Patienten in höherem Lebensalter, solche mit der Diagnose Demenz und solche an gerontopsychiatrischen Stationen. So unterlagen an den psychiatrischen Akutstationen des Psychiatrischen Krankenhauses Hall in Tirol 2008 23 Prozent der nach dem UbG untergebrachten Patientinnen und Patienten zusätzlichen Freiheitsbeschränkungen, an den gerontopsychiatrischen Stationen sogar 65,6 Prozent. Für 2009 zeigt die Statistik der Patientenanwaltschaft zwar an den Akutstationen einen Rückgang des Anteils auf fast 19 Prozent, an den gerontopsychiatrischen Stationen hingegen einen beträchtlichen Anstieg auf 74,6 Prozent.

Häufig werden mechanische Bewegungsbeschränkungen bei älteren dementen Patientinnen und Patienten damit begründet, dass eine Sturzgefahr nicht anders gemindert werden könne. Wie die Pflegewissenschaftlerin Doris Bredtauer 2009 in ihrer Präsentation zum Abschlusssymposium des zur Reduzierung von Fixierungen dienenden Projekts *„ReduFix“* darstellte, gibt es aber keine einzige Studie

weltweit, die Fixierungen bei Sturzgefährdung einen positiven Effekt bescheinigt. Im Gegenteil: Nach Erhebungen der Grazer Arbeitsgruppe um Daniela Bachner (Bachner 2009), die 2009 eine erste wissenschaftlich evidenzbasierte Leitlinie zur Sturzprophylaxe bei älteren und alten Menschen im Krankenhaus erarbeitete, ist es mittlerweile eine in höchstem Maße wissenschaftlich belegte Aussage, dass Fixierungen kein geeignetes Mittel sind, Stürzen vorzubeugen. Empfohlen werden dagegen Instrumentarien zur Abklärung der Ursachen solcher Stürze, die Reduzierung sedierender Medikation, bessere und sichere bauliche Gegebenheiten und hilfreiche technische Behelfe wie Niederflurbetten und Hüftprotektoren

Daneben zeigen Erfahrungen mit neueren Pflege- und Kommunikationsmodellen, dass es durch eine veränderte Betreuungspraxis und ein verstärktes Verstehen und Eingehen auf PatientInneninteressen durchgehend möglich ist, gerade bei demenziell beeinträchtigten Patientinnen und Patienten freiheitsbeschränkende Maßnahmen zu minimieren. Solche Modelle und Instrumente sind etwa das *„Psychobiografische Konzept"* nach Erwin Böhm, die *„Validation"* nach Naomi Feil oder die *„Integrative Validation"* nach Nicole Richard, Mobilitäts- und Realitätsorientierungstrainings für Patientinnen und Patienten sowie Deeskalationstrainings für das Personal.

Letztlich zeigten diese Erfahrungen auch, dass das Vermeiden von mechanischen Fixierungen und Sicherungen wie dem Bettseitengitter nicht zu einer Zunahme von Verletzungen durch Stürze führten, selbst wenn darauf verzichtet wurde, die Patientinnen und Patienten medikamentös „ruhigzustellen". So erreichte das Projekt *„Heiminterne Tagesbetreuung"* (HIT) in München nach Angaben der wissenschaftlichen Begleitstudie von Wolfgang Gmür (Gmür 2005) eine Reduktion von Beschränkungen während der Betreuungszeiten um nahezu 63 Prozent und gleichzeitig eine Reduktion der Psychopharmaka um fast 58 Prozent. Und dies bei einer PatientInnenklientel, die aus psychiatrischer Sicht zu ca. 30 Prozent von schwerer Demenz, zu 16,4 Prozent von Depression, zu 6,6 Prozent von hirnorganischem Psychosyndrom und zu 1,7 Prozent von Psychosen betroffen war. Die Klientel unterscheidet sich also nicht wesentlich von jener, die auf gerontopsychiatrischen Stationen der stationären Psychiatrie anzutreffen ist. Auch im internationalen Vergleich ist es, wie im *„Qualitätsniveau I Mobilität und Sicherheit"* von der *„Deutschen Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen"* (BUKO-QS) zugrunde gelegt ist, seit den 1990er Jahren feststehende Erkenntnis, dass sich durch spezielle Programme Fixierungen reduzieren lassen, ohne dass es zu vermehrten Verletzungen kommt.

In der Frage der Verhältnismäßigkeit, die es überhaupt erst möglich machen würde, freiheitsbeschränkende Maßnahmen rechtmäßig zu vollziehen, steht oft genug das Problem an, dass Fixierungen von Ärzten, die sie anordnen, einfach deshalb als „notwendig“ empfunden werden, weil sie alternativlos seien. Unter den genannten wissenschaftlichen Evidenzen und Erfahrungen kann aber generell davon ausgegangen werden, dass es zahlreiche Alternativen zu körpernahen Beschränkungen gibt und diese daher zu vermeiden wären.

Mit dem Unterbringungsgesetz ist in Österreich die Patientenanwaltschaft geschaffen worden, deren Aufgabe es ist, die Patientinnen und Patienten in der Psychiatrie bei der Wahrnehmung ihrer Rechte zu unterstützen und ihre Position zu stärken. Patientinnen und Patienten, die in ihrer Bewegungsfreiheit beschränkt werden, werden von PatientenanwältInnen gegenüber dem Krankenhaus und gegenüber dem Gericht vertreten. Über die Einzelfallvertretung hinaus ist es dabei das Anliegen der Patientenanwaltschaft, auf bestehende Probleme des Umgangs mit der Freiheit und der Würde von Patientinnen und Patienten und möglichen Alternativen zu Freiheitbeschränkungen hinzuweisen. Durch intensive Betreuung und Beschäftigung mit den PatientInnen – wenn nötig 1:1 – sollen nach Auffassung der Patientenanwaltschaft Beschränkungen vermieden werden. Ganz generell hat der Krankenhausträger bzw. die Psychiatrie personell, konzeptuell, organisatorisch und baulich sicherzustellen, dass es möglichst viele, hinsichtlich der Eingriffsintensität abgestufte Möglichkeiten gibt, eine Unterbringung durchzuführen.

Um die Minimierung freiheitsbeschränkender Maßnahmen zu erreichen, braucht es vor allem eines: mehr Ressourcen, d.h. mehr Personal, bessere Qualifikationen, mehr Zeit und mehr Mittel. Der oben genannte Subsidiaritätsgrundsatz des UbG bedeutet positiv, dass stationäre Einrichtungen der Psychiatrie dazu angehalten sind, ausreichende Ressourcen zur Verfügung zu stellen bzw. zu beschaffen, die es erlauben, möglichst auf freiheitsbeschränkende Maßnahmen im Allgemeinen und körpernahe Beschränkungen im Besonderen zu verzichten. Letztlich ist damit die entscheidende Frage, ob sie nämlich weiterhin Verhältnisse dulden wollen, in denen trotz möglicher gelinderer Alternativen in die persönliche Integrität von Menschen eingegriffen wird, nicht nur an die unmittelbar in der stationären Psychiatrie Tätigen, sondern auch an die finanziellen Träger solcher Einrichtungen und die politisch Verantwortlichen zu richten.

KinderHEIM
FlüchtlingsHEIM
BehindertenHEIM
PflegeHEIM
AltenHEIM

unHEIMliche
HEIMat

Abb. 68: Plakatmotiv des Vereins IGB „Unheimliche Heimat“



Helmut Dietl / Marina Descovich / Evelina Haspinger

„Der unhaltbare Zustand währte schon zu lange“

Über die Tiroler Anfänge, geistig behinderten Menschen ein Leben außerhalb der Anstalt zu ermöglichen[1]

Psychiatriereform von oben – ein Gesetz und seine Folgen

1991 trat österreichweit das Unterbringungsgesetz (UbG) in Kraft, mit dem u.a. die PatientInnenanwaltschaft installiert wurde. Sie stellte fest, dass im Psychiatrischen Krankenhaus Hall 130 Menschen mit der Diagnose *„geistige Behinderung“* in den geschlossenen Abteilungen verwahrt wurden. Wie aus dem Gesetzestext hervorging, entbehrte dieses Einsperren nämlich jeder Rechtsgrundlage. Dieser Sachverhalt wurde vor Ort aufgezeigt, stieß aber auf großen Widerstand. Es gab verschiedenste Versuche, den Status quo mit Scheinveränderungen aufrecht zu erhalten. Überzeugt, dass diesen eingesperrten Personen andere Lebensbedingungen zustehen, wurden alle Rechtsinstanzen ausgeschöpft. Die Rechtsprechung beurteilte die Unterbringung in den geschlossenen Stationen als nicht rechtmäßig. Es entstand in der Folge großer Druck auf die Psychiatrie.

Druck von unten – Öffentlichkeit und ihre Wirkung

Für die PatientInnenanwaltschaft war das Öffentlichmachen der Missstände der nächste notwendige Schritt. Pressekonferenzen wurden abgehalten und VertreterInnen der verschiedenen Behinderteneinrichtungen eingeladen, sich vor Ort einen persönlichen Eindruck zu verschaffen. Es herrschte tiefe Betroffenheit. Um akzeptable Lösungen erarbeiten zu können, wurde ein Arbeitskreis UbG ein-

gerichtet, an dem ExpertInnen zu Integrationsfragen, VertreterInnen namhafter Behinderteneinrichtungen sowie VertreterInnen der Psychiatrie teilnahmen. Es wurde eine gemeinsame Stellungnahme mit der Forderung nach Wohnformen unabhängig und außerhalb von der Psychiatrie formuliert. Die Aussendung an alle politischen Parteien, Mandatare und Medien erfuhr ein breites Echo. Der sozialdemokratische Landesrat für Soziales, Walter Hengl (Landesrat 1991–1994), sagte zu, konkrete Schritte einzuleiten, wenn er detaillierte Vorschläge zur Umsetzung erhalte. Die im Arbeitskreis versammelten Einrichtungen erklärten sich bereit, die zusätzlichen Wohn- und Betreuungsangebote aufzubauen, wenn die vielschichtigen Vorbereitungsarbeiten wie Wohnungssuche, Sensibilisierung der Gemeinden und Ähnliches unterstützend geleistet würden. Das Land Tirol wollte dafür allerdings keine landeseigene Stelle einrichten.

Der Widerstand organisiert sich

Von seinen Anliegen überzeugt, gründete der Arbeitskreis den *„Verein zur Integration geistig behinderter Menschen – IGB“*, um als Rechtsträger Personen anstellen zu können, die für die Ausgliederung der betroffenen Personen aus der Psychiatrie und für deren Reintegration zuständig waren. Die Mitglieder des Vereins IGB kamen aus dem Arbeitskreis UbG. Das waren der *„Verein für Sachwalterschaft und PatientInnenanwaltschaft“*, die *„Lebenshilfe Tirol“*, der Tiroler Verein *„Integriertes Wohnen“* (IWO), VertreterInnen des später gegründeten Vereins *„Tiroler Arbeitskreis für integrative Erziehung – TAFIE Innsbruck-Land“,* die *„Caritas Tirol“*, die *„Arche Tirol“*, die *„Sozialberatung des Landes Tirol“* und Privatpersonen wie Volker Schönwiese, Professor für Integrationspädagogik an der Universität Innsbruck, oder Max Profanter, Oberarzt in der Psychiatrie Hall. Nachdem Landesrat Walter Hengl die Finanzierung zugesichert hatte, wurde die Koordinationsstelle im August 1992 eröffnet.

Ein Leben außerhalb der Psychiatrie als Ziel

Gleich zu Beginn erstellte die Koordinationsstelle des Vereins IGB ein Konzept,[2] das einerseits als Richtlinie für die konkrete Umsetzung der Ausgliederung der Männer und Frauen mit geistiger Behinderung aus der Psychiatrie Hall diente und

andererseits den beteiligten Trägereinrichtungen eine inhaltliche Orientierung zur Erstellung ihrer eigenen Betreuungskonzepte gab. Ausgangspunkt waren barrierefreie, dezentrale Wohneinheiten für maximal vier bis fünf Personen. Die betroffenen Menschen mit Behinderung sollten nach Möglichkeit in der Nähe ihrer Heimatgemeinden untergebracht werden. Auf der Basis des Normalisierungsprinzips wurden Mindeststandards für die Betreuung der Frauen und Männer außerhalb der Psychiatrie formuliert: Sie setzten einen respektvollen und altersgerechten Umgang mit den BewohnerInnen, die gleichberechtigte Teilhabe an allen Lebensbereichen sowie das Recht auf maximale Mitbestimmung bei der eigenen Lebensgestaltung voraus.

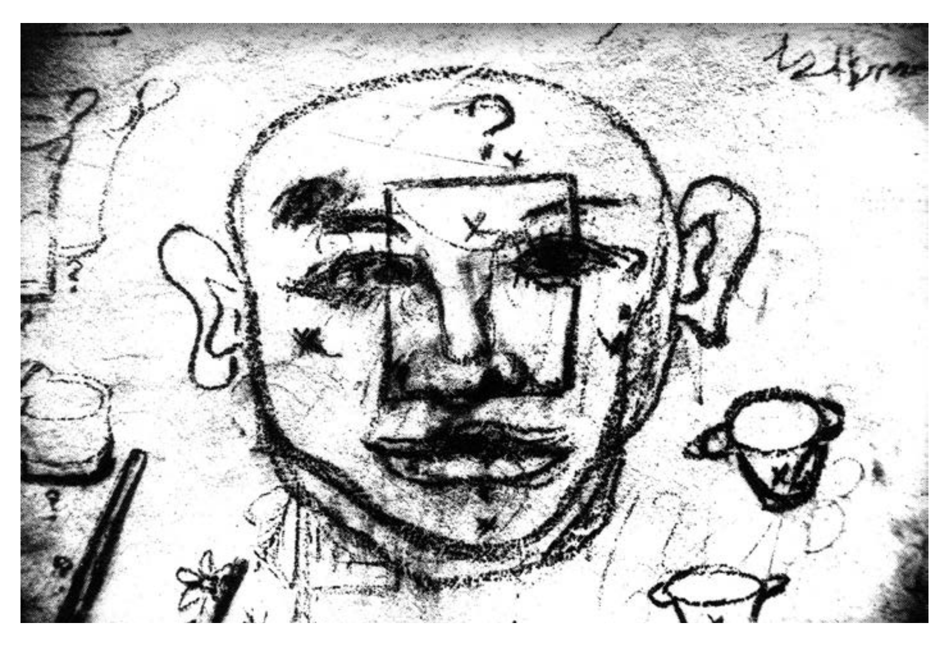


Abb. 69: Graffiti in einer ehemaligen geschlossenen Station des Landeskrankenhauses Hall (ohne Datum)

Unter Achtung der individuellen Bedürfnisse wurde dabei ein besonderes Augenmerk auf einen normalisierten Tages- und Jahresrhythmus, auf die Trennung der Bereiche Wohnen, Arbeit und Freizeit, auf angemessene soziale Kontakte, auf Begegnungsmöglichkeiten zwischen den Geschlechtern sowie auf größtmögliche Selbständigkeit gelegt. Ihre eigenen Aufgaben sah die Koordinationsstelle in der Sensibilisierung der Öffentlichkeit, in der Beschaffung von geeignetem Wohnraum, in der Begleitung laufender Projekte, in der Suche nach Trägerschaften, in Verhandlungen mit den politischen EntscheidungsträgerInnen bezüglich der

Finanzierung der Ausgliederung und in der Vernetzungsarbeit mit den beteiligten Behinderteneinrichtungen.

Verschiedene Interessen – ein Weg

Zogen noch alle im Arbeitskreis vertretenen Einrichtungen und Personen weitestgehend an einem Strang, wenn es um das Ziel ging, den untragbaren Zustand ausschließender Verwahrung zu beenden, so zeichneten sich bald unterschiedliche Zugänge und divergierende Konzepte ab: Während es das Anliegen der Behinderteneinrichtungen war, ein dezentrales Netz kleiner Betreuungseinheiten zu schaffen, strebten die *„Tiroler Landeskrankenanstalten"* (TILAK) und einige psychiatrisch tätige Personen die Schaffung einer großen stationären Einrichtung innerhalb des Areals der Landespsychiatrie an. Setzten manche auf eine möglichst rasche Umsetzung des Ziels, ein normalisiertes Leben unter normalen Lebensverhältnissen zu erlernen, so vertraten andere den Standpunkt, für eine Ausgliederung sei eine möglichst lange und intensive Vorbereitung innerhalb der Psychiatrie notwendig. Die Koordinationsstelle versuchte, diese und andere – zum Teil stark divergierende – Zugänge mit den konzeptuellen Vorstellungen des Vereins IGB zu vereinen, zwischen den Einrichtungen zu vermitteln bzw. die unterschiedlichen Ansätze miteinander zu vernetzen.

Politischer (Un-)Wille

Mit der Aufdeckung und Veröffentlichung der unhaltbaren Zustände durch die PatientInnenanwaltschaft kam nicht nur die Psychiatrie und das zuständige Bezirksgericht Hall unter Zugzwang, sondern es gelang auch, auf die politische Verantwortung des Landes Tirol aufmerksam zu machen. Mit Landesrat Hengl, der die Ressorts Gesundheit und Soziales in einem leitete und damit für alle anfallenden Belange zuständig war, fand sich ein engagierter und für Veränderung offener Politiker. Er setzte die Finanzierung der Koordinationsstelle durch, die er als „Pilotprojekt" für einen Zeitraum von fünf Jahren vorsah und bekundete den Willen, die Ausgliederung geistig behinderter Menschen aus der Psychiatrie mitzutragen. Unabhängig von dieser politischen Willensbekundung erwies sich die reale Unterstützung von Seiten der zuständigen Behörde als intransparent,

bürokratisch kompliziert und willkürlich. Da kein für alle gültiger Finanzrahmen vereinbart worden war, musste jedes Projekt für sich mit dem Land Vereinbarungen treffen. Dabei stellte sich heraus, dass mit zweierlei Maß gemessen wurde. Die etablierten Träger der Behindertenarbeit, vor allem die *„Lebenshilfe Tirol“*, konnten wesentlich bessere Konditionen aushandeln als die „kleinen“ Einrichtungen, wie etwa der Verein *„TAFIE Innsbruck-Land“*. Diese Ungleichbehandlung wurde erst im Laufe der Zeit erkannt. Die Vielfalt der Einrichtungen war Landesrat Hengl ein wichtiges Anliegen. Er intervenierte in seiner Abteilung, um die Hindernisse für die kleinen Einrichtungen zu beseitigen. Im Frühjahr 1994 trat Hengl in Folge der Niederlage der SPÖ bei der Landtagswahl zurück und übergab das Amt an seinen Nachfolger Herbert Prock. Damit verlor der Verein IGB eine wesentliche Stütze auf politischer Ebene. Prock war von Anfang an nicht an Inhalten und Qualitätsstandards interessiert, sondern wollte die Ausgliederung möglichst rasch beenden. Er forderte die Koordinationsstelle auf, mit allen bisher beteiligten Trägereinrichtungen einen Angebotskatalog für die weitere Ausgliederung vorzulegen. Die Einrichtungen der Behindertenarbeit erstellten ein Angebot, mit dem alle betroffenen Personen in kleine, dezentrale Wohneinheiten außerhalb der Psychiatrie ziehen hätten können. Trotzdem erhielt das *„Heilpädagogische Zentrum“* als stationäre Einrichtung innerhalb der Psychiatriemauern von Landesrat Prock den Auftrag, für mehr als die Hälfte der betroffenen Personen Wohnplätze zu errichten. Er stellte die Finanzierung des Vereins IGB ein und beendete damit das von seinem Vorgänger auf fünf Jahre angelegte Ausgliederungsprojekt vorzeitig. Die Koordinationsstelle des Vereins IGB musste mit Dezember 1995 aufgelöst werden.

Trotz alledem – es hat sich gelohnt

In unmittelbarer Folge des Wirkens des Vereins IGB und der Koordinationsstelle entstanden nicht nur zusätzliche Wohn- und Betreuungsangebote in den bereits bestehenden Einrichtungen der Behindertenhilfe, sondern es wurde auch eine neue Trägerorganisation zum Zweck der Ausgliederung geschaffen. Engagierte Personen aus dem Umfeld des Arbeitskreises UbG und des Instituts für Erziehungswissenschaften an der Universität Innsbruck gründeten den Verein *„TAFIE Innsbruck-Land“*, der die erste Wohngemeinschaft für acht Menschen aus der Psychiatrie Hall realisierte und damit Pionierarbeit bei der Ausgliederung

leistete. Zu dieser ersten Wohngemeinschaft in Wattens kam später eine zweite in Vomp dazu. Heute betreibt der Verein *„TAFIE Innsbruck-Land"* neben den Wohngemeinschaften tagesstrukturierende Angebote, eine integrative Ateliergemeinschaft, ein Projekt zur beruflichen Integration von Jugendlichen und engagiert sich im Bereich der integrativen Erwachsenenbildung und in der Selbstvertretung. Die *„Caritas Tirol"* schuf für acht Frauen und Männer eine eigene Wohngemeinschaft in Zams, und die *„Lebenshilfe Tirol"* übernahm mehr als 30 Personen in Wohngemeinschaften in den Bezirken Kufstein, Kitzbühel, Lienz, Reutte und Innsbruck. Der Tiroler Verein *„Integriertes Wohnen"* und die *„Arche Tirol"* übernahmen einzelne Personen in ihre Wohngemeinschaften sowie in ambulante Einzelbegleitung. Die Menschen, die vorerst im *„Heilpädagogischen Zentrum"* der Psychiatrie verblieben sind, wurden später vom Verein *„W.I.R."* (Wohn- und Beschäftigungsangebote für Menschen mit Behinderung) übernommen und leben heute in dezentralen Wohneinheiten mit begleitenden Tagesstrukturen.

Resümee nach 15 Jahren

Die Ideen des Vereins IGB boten den bestehenden Einrichtungen der Behindertenarbeit Denkanstöße, um die eigenen Betreuungskonzepte weiter zu entwickeln und ihre Angebote auf kleine Wohneinheiten und normalisierte Standards zu überprüfen. Sie zwangen die Psychiatrie Hall, die Verwahrung von Menschen mit geistiger Behinderung zu beenden und einzugestehen, dass dieser Personenkreis in einer Psychiatrie niemals ihren Rechten und Bedürfnissen entsprechend betreut werden kann. Die Konzepte des Vereins IGB haben sich über die Jahre bewährt und dienten als Modell für vielfältige Wohn- und Lebensformen. Damit wurden bereits vor über 15 Jahren Ideen realisiert, die mittlerweile als Standard und Konsens in der Integrationsarbeit gelten und die sich beispielsweise in der UN-Konvention für die Rechte behinderter Menschen wiederfinden: im Recht auf Assistenz zur individuellen Gestaltung des eigenen Lebens.

Anmerkungen

1 Die Tiroler Anfänge der Ausgliederung geistig behinderter Menschen aus der Psychiatrie Hall i.T. sind nachzulesen in: Verein zur Integration geistig behinderter Menschen, Koordinationsstelle 1992–1995, Hall 1995. http://bidok.uibk.ac.at/library/igb-dokumentation.html.

2 Das Konzept der Koordinationsstelle findet sich in: Verein zur Integration geistig behinderter Menschen, Koordinationsstelle 1992–1995, Hall 1995. http://bidok.uibk.ac.at/library/igb-konzept.html.



Abb. 70: „Park der Erinnerung“, Projekt „Temporäres Denkmal“

Andrea Sommerauer

Temporäres Denkmal: Prozesse der Erinnerung

Erinnerung an 360 vergessene Opfer

Sie hießen zum Beispiel Paulina Ampferer, Rudolf Buchinger, Erich Lederle und Anna Peer – 360 vergessene Opfer des nationalsozialistischen „Euthanasie"-Programms, die von der Heil- und Pflegeanstalt Hall aus deportiert und ermordet worden sind. Weil es NS-Opfer sind, an die die Erinnerung oft „ausgelöscht" wurde, war und ist es das Anliegen des Projekts *„Temporäres Denkmal"* genauso wie jenes des gleichnamigen Buches ein Erinnerungszeichen zu setzen. Dieses gilt jenen Opfern der „Euthanasie" in den Jahren 1940 bis 1942, die von der damaligen *„Heil- und Pflegeanstalt für Geistes- und Nervenkranke in Hall in Tirol"* in die Tötungsanstalt Hartheim in Oberösterreich bzw. in die Heil- und Pflegeanstalt Linz-Niedernhart deportiert und dort ermordet worden sind.

Im Zentrum dieses Erinnerungs- und Gedächtnisprozesses stehen die Opfer und nicht die Interessen von Angehörigen, Gemeinden, MitbürgerInnen und ÄrztInnen. Das macht dieses Projekt besonders, weil es sich um Gespräch und Anteilnahme bemüht, aber auf keinen Handel einlässt. Daraus ergibt sich eine konsequente, demokratische und transparente Arbeitsweise, Tabubrüche sind vorprogrammiert.

Die Prozesse der Erinnerung

„Prozesse der Erinnerung" nennt der Künstler Franz Wassermann sein *„Temporäres Denkmal"* im Untertitel. Die Zugänge der fünf Prozesse haben gesellschaftspolitischen Charakter, denn Erinnerung ist nicht nur eine individuelle, son-

dern auch eine kollektive Aufgabe – gerade dann, wenn diese Verbrechen nicht ohne das Zutun von Staat und Gesellschaft verübt werden konnten. Und das ist hier der Fall: Ein Zusammenwirken von Menschen und Institutionen im Gesundheitssystem hat das nationalsozialistische „Euthanasie"-Programm *„T4"*, benannt nach der zentralen „Euthanasie"-Dienststelle in der Berliner Tiergartenstraße 4, erst möglich gemacht.

Der Prozess 1, *„Straßen Namen geben"*, hat im Frühjahr 2004 begonnen. An 193 Heimatgemeinden der Opfer – in Österreich wie im Ausland – ergingen Briefe an BürgermeisterInnen wie GemeinderätInnen, es mögen Straßen, Plätze oder Parks nach den Ermordeten benannt werden. Im Vorfeld wurden die Namen dieser Opfer aus den Opferlisten der Gedenkstätte Hartheim und den Aufnahmebüchern des Psychiatrischen Krankenhauses Hall in Tirol (PKH) eruiert. Rund 380 Namen kamen auf die Homepage von Franz Wassermann (www.mylivingroom.org), doch da sich diese Liste nur partiell auf historische Forschung stützen konnte, galt der Aufruf an die Öffentlichkeit, sich aktiv an deren Überprüfung zu beteiligen. Es ist als Folge dieses Kunstprojekts und den Hinweisen von Gemeinden, Angehörigen



Abb. 71: „Straßen Namen geben", Projekt „Temporäres Denkmal"

sowie Einzelpersonen zu sehen, dass Oliver Seifert schließlich diese Opferliste auf Basis des Forschungsprojekts *„Das Archiv der Landesheilanstalt/des Psychiatrischen Krankenhauses Hall in Tirol“* und weiteren Eigenrecherchen stichhaltig erstellen konnte. Sehr aufschlussreich sind die Reaktionen der Gemeinden, die sich auf der Homepage wie in der Publikation finden.

Der Prozess 2, der *„Park der Erinnerung“*, war auf dem Gelände des Psychiatrischen Krankenhauses Hall geplant. Porzellantafeln für jedes Opfer sollten in Bäume eingepflanzt werden. Dieser zentrale Erinnerungsort am Ausgangspunkt der Deportationen konnte nicht verwirklicht werden. Zwar war ursprünglich zugesagt worden, die Bäume im Park des PKH zur Verfügung zu stellen, der Träger des PKH, die Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH (TILAK), erteilte dem Projekt aber schließlich eine Absage.



Abb. 72: „Park der Erinnerung“, Projekt „Temporäres Denkmal“



Abb. 73: „Quilts – Tücher der Erinnerung“, Projekt „Temporäres Denkmal“

Der Prozess 3, *„Quilts – Tücher der Erinnerung“*, konnte wegen seiner überbordenden Dimension nur in kleinerem Rahmen in der Wipptaler Gemeinde Steinach am Brenner verwirklicht werden. Dort war der Künstler – unabhängig von dem Projekt *„Temporäres Denkmal“* – zu einer Ausstellung eingeladen worden, und er hatte seinen Beitrag, *„Netzwerke der Macht“*, mit den *„Prozessen der Erinnerung*“ in Beziehung gesetzt.

Prozess 4 nannte sich *„Die Rückgabe“.* In einer künstlerischen Aktion wurden alle Namen der Ermordeten unter Einbeziehung des Publikums auf einen Ärztemantel geschrieben. Die Aktion war nicht nur eine Reaktion auf die Ablehnung des *„Park(s) der Erinnerung“*, sondern machte klar, dass die Projektgruppe und im Speziellen der Künstler die Verantwortung für die Erinnerung an die „Euthanasie“-Opfer wieder in die Hände der Gesellschaft legen. Jede/jeder kann diese Prozesse der Erinnerung nun aktiv weiterführen.



Abb. 74: „Die Rückgabe“, Projekt „Temporäres Denkmal“

Im Laufe des Projekts entwickelte sich – als Prozess 5 – *„Das lebende Archiv“*. Ein Karteikasten mit Kärtchen für jedes Opfer symbolisiert dieses Archiv, das den Anstoß geben soll, weiterzuforschen und die Geschichten der Opfer aus der Ver-



Abb. 75: „Die Rückgabe“, Projekt „Temporäres Denkmal“



Abb. 76: „Das lebende Archiv“, Projekt „Temporäres Denkmal“

gessenheit zu heben, damit diese nicht auf ihre Krankengeschichte reduziert werden mit der Eintragung *„überstellt andere Anstalt“*, die ihr Todesurteil bedeutete und damit sie nicht nur Missbrauchte und Ermordete sind, nicht nur Opfer, sondern auch Menschen mit Vorlieben und Abneigungen, mit einer Lebensgeschichte und einem Gesicht. Die Publikation beinhaltet einige wenige (Kurz-)Biografien. Angehörige waren der Bitte nachgekommen, selbst über die Ermordeten zu schreiben, und engagierte Menschen haben sogar darüber hinaus recherchiert.

Erinnerung und Gedächtnis

Erinnerung ist ein Prozess, ein Sich-Beziehen auf die Vergangenheit vom Heute aus – einem Zeitpunkt eingebettet in eine gesellschaftliche und eine persönliche Situation, in einen Wissensstand und in eine emotionale Befindlichkeit, in Werthaltungen und Interessen. Durch Reflexion verändert sich die Gegenwart wie der Blick auf die Vergangenheit. Und weil Reflexion eben auch ein Prozess ist, ergibt sich eine permanente Wechselbeziehung zwischen Gegenwart und Vergangenheit. Was geschehen ist, ist genauso wichtig, wie der Blick darauf, wie die Interpretation des Geschehenen und dem, was daraus folgt.

Darin liegt die Chance, die im künstlerischen Konzept des *„Temporären Denkmals“* genutzt wird: Dass ein Reflexionsprozess frühere Interpretationen überprüft und neue zulässt, dass er sich der eigenen Interessen und jener der Gesellschaft bewusst wird, dass er Gefühle wie Wut und Scham befördert, sodass schließlich Trauer Platz greifen kann. Trauer um 360 Menschen, deren Tod bestimmt kein schöner war, wie das Wort „Euthanasie“ (griechisch für *„schöner Tod“*) suggeriert. Der Tod dieser 360 Menschen war grausam. Sie wurden gedemütigt, entwürdigt und schließlich vergiftet oder vergast. Ihnen wurde das Recht abgesprochen, zu leben, die Ermordungen selbst aber verschleiert. Ihre Identität wurde ausgelöscht.

Veränderung ist dann möglich, wenn Verantwortung übernommen wird – sich selbst, den anderen und der Geschichte gegenüber. Auch die Nachgeborenen trifft die Aufgabe, sich einem historischen Unrecht zu stellen. Mündige StaatsbürgerInnen können sich individuell der kollektiven Geschichte gegenüber verantwortlich zeigen, weil sie Interesse an einer menschlichen und demokratischen Zukunft haben.

Vorgeschichte des Projekts

Eine Gruppe, die sich *„Spurensuche“* nannte, hatte sich im Herbst 2003 über mehrere Monate hinweg regelmäßig getroffen, um sich Gedanken darüber zu machen, wie eine Auseinandersetzung mit diesem – oft vergessenen – Teil der Tiroler Geschichte aussehen könnte. Involviert waren Angehörige, ExpertInnen oder einfach Interessierte.

Die *„Spurensuche“* wiederum hat ihren Ausgang in einer Veranstaltung, die im Kulturlabor *„Stromboli“* in Hall im Juni 2003 stattfand und sich *„Ich war in Hall. Der 63-Jahre Rückblick“* nannte. Sie wurde in Kooperation mit der *„Wäscherei P“* und *„ZeitLupe – Verein für Geschichte und Gegenwart“* organisiert. Angelegt als *„öffentliche Recherche zu einem potenziellen Film über ‚Euthanasie' im Nationalsozialismus“* ergab sich dabei ein intensiver Austausch über die Ereignisse und die Traumatisierungen, die den „Euthanasie“-Maßnahmen folgten. Alle konnten aufbauen auf Menschen, die bereits Bruchstücke dieser Tiroler Geschichte ans Tageslicht gebracht haben: von VertreterInnen des *„Arbeitskreises Kritischer Medizin“* bis zu WissenschaftlerInnen mit ihren Recherchen und Publikationen.

Für das *„Temporäre Denkmal“* hat sich schließlich eine Projektgruppe gefunden. Von der *„Wäscherei P“* waren das Jens Tönnemann, Christian Moser und Rainer Oberguggenberger, ebenfalls Ärzte und Psychiater, die Journalistin und Historikerin Andrea Sommerauer und der Künstler Franz Wassermann. Alle haben dazu beigetragen, die *„Prozesse der Erinnerung“* in Gang zu bringen.


Abb. 77: Pressekonferenz am ehemaligen Anstaltsfriedhof in Hall (2011)

Oliver Seifert

„Beerdigt am Anstaltsfriedhof“

Ein Projekt zur Geschichte des ehemaligen Friedhofs der Heil- und Pflegeanstalt Hall i. T.

Begleitet von einem enormen Medieninteresse wurde Anfang Jänner 2011 der Öffentlichkeit der Beginn des Projektes zur *„Bergung und Untersuchung des Anstaltsfriedhofes des Psychiatrischen Krankenhauses in Hall i. T.“* mitgeteilt. Durch den geplanten Bau einer neuen forensischen Abteilung auf dem Gelände des Landeskrankenhauses Hall (Psychiatrisches Krankenhaus) ergab sich die Notwendigkeit, den ehemaligen Anstaltsfriedhof zu exhumieren. Da sich der Belegungszeitraum auf die Jahre 1942 bis 1945 beschränkte, wurde die Frage relevant, ob die Installierung und Nutzung des Friedhofes in irgendeinem Zusammenhang mit den nationalsozialistischen „Euthanasie“-Verbrechen stand und zumindest ein Teil der dort beerdigten Patienteninnen und Patienten als Opfer dieser Maßnahmen anzusehen ist. Dieser historische Kontext bewog den Krankenhausträger TILAK dazu, noch vor dem unmittelbaren Baubeginn, in Kooperation mit der Universität Innsbruck, Institut für Archäologien, ein interdisziplinäres wissenschaftliches Projektteam bestehend aus ArchäologInnen, HistorikerInnen, AnthropologInnen, MedizinerInnen und GerichtsmedizinerInnen mit der Bergung und Untersuchung des Friedhofs zu beauftragen.[1] Das Ziel des Projektes ist es, die Toten zu identifizieren, die näheren Umstände ihres Todes zu untersuchen und Erkenntnisse über die Todesursachen zu gewinnen. Ebenso sollen der Entstehungskontext des ehemaligen Anstaltsfriedhofes, das Schicksal der dort beerdigten Patientinnen und Patienten, mögliche Ursachen für die erhöhte Sterblichkeit und die Rolle der Haller Psychiatrie in diesem Zusammenhang untersucht werden.

Die archäologischen Grabungen auf dem Friedhof begannen am 16. März 2011. Der Abschluss des Projektes ist für Ende des Jahres 2012 geplant. Nach der intensiven medialen Berichterstattung zu Beginn des Jahres wurde von Landeshauptmann Günther Platter parallel zum TILAK-Projekt eine Expertenkommission installiert, die mit dem bestehenden Projekt eng zusammenarbeitet.



Abb. 78: Archäologische Grabungsarbeiten am ehemaligen Anstaltsfriedhof in Hall (2011)

Die Ausgangslage

Grundsätzlich ist es nicht ungewöhnlich, dass auf dem Gelände einer großen psychiatrischen Anstalt, deren Gründung weit ins 19. Jahrhundert zurückreicht, ein eigener Anstaltsfriedhof angelegt wird. Solche Friedhöfe bestanden auch in vielen anderen Heil- und Pflegeanstalten.

Über die Geschichte und die Bedeutung des ehemaligen Haller Anstaltsfriedhofs war bisher nur wenig bekannt. Man ging davon aus, dass es sich auch in Hall um einen dieser üblichen Anstaltsfriedhöfe handelte, auf dem die in der Einrichtung verstorbenen Patienten und Patientinnen beerdigt wurden. So schrieb etwa Hartmann Hinterhuber in seinem Buch *„Ermordet und vergessen“*, dass es nordöstlich des Pförtnerhauses bereits seit vielen Jahrzehnten einen Anstalts-



Abb. 79: Die ehemalige Leichenkapelle (2008). Nordwestlich davon wurde von 1942 bis 1945 ein Anstaltsfriedhof angelegt.

friedhof gegeben habe, der 1950 aufgelassen worden sei.[2] Als jedoch im März 2010 beim Umzug der Verwaltungsabteilungen im Psychiatrischen Krankenhaus ein *„Gräber-Verzeichnis“* des Friedhofs auftauchte, bot sich ein anderes Bild. In

diesem Verzeichnis waren Beerdigungen ausschließlich für die NS-Zeit und zwar für den Zeitraum von November 1942 bis April 1945 verzeichnet worden. Laut dieser Aufstellung wurden 220 Menschen dort beerdigt. Als erste Recherchen bestätigten, dass der Belegungszeitraum tatsächlich nur auf diese zweieinhalb Jahre beschränkt blieb, machte dies eine Neubewertung des Friedhofs notwendig, weiß man doch, dass auch in Hall die Patienten und Patientinnen massiv von den Auswirkungen der nationalsozialistischen Gewaltherrschaft betroffen waren. Diese Gleichzeitigkeit macht die Brisanz des ehemaligen Anstaltsfriedhofes aus historischer Perspektive aus. Zum besseren Verständnis soll an dieser Stelle ein kurzer Einblick zum geschichtlichen Hintergrund gegeben werden.

Der historische Kontext

Die verharmlosend als „Euthanasie" bezeichnete, systematisch geplante und durchgeführte Tötung von Menschen mit einer psychischen, geistigen oder körperlichen Behinderung, erfolgte in unterschiedlichen Phasen. Zeitlich am Anfang stand die Tötung *„missgebildeter"* Neugeborener und Kleinkinder in den so genannten *„Kinderfachabteilungen"* im Rahmen der *„Kindereuthanasie"* 1939 bis 1945. Im Gau Tirol-Vorarlberg hat es eine solche Abteilung weder in Hall noch an der psychiatrischen Klinik in Innsbruck gegeben. Wohin betroffene Kinder aus dem Gau Tirol-Vorarlberg gebracht wurden, ist bis heute unerforscht. In der zweiten Phase begann man mit der Tötung von Patienten und Patientinnen der Heil- und Pflegeanstalten des Deutschen Reiches im Rahmen der *„Aktion T4"*. Diese Aktion ist jene Phase, die bisher am besten erforscht wurde – dies gilt auch für Hall.[3] Zwischen Dezember 1940 und Mai 1941 wurden in drei Transporten insgesamt 300 PatientInnen entweder direkt aus Hall oder über diese Anstalt nach Hartheim deportiert und dort ermordet.

Obwohl im August 1941 die *„Aktion T4"* auf öffentlichen, vor allem kirchlichen Druck hin eingestellt worden war, wurden aus Hall noch ein Jahr später am 31. August 1942 60 PatientInnen in die Heil- und Pflegeanstalt Niedernhart abtransportiert und dort mittels Medikamentenüberdosierungen umgebracht. Nach Beendigung der *„Aktion T4"* wurde in verschiedenen Anstalten dezentral bis 1945 weiter gemordet. Entweder geschah dies durch die gezielte Überdosierung von Medikamenten, oder die PatientInnen starben vielfach durch Vernachlässigung, Unterversorgung und Unterernährung. Diese Phase wird in der Literatur als

„wilde“ oder *„dezentrale“* Euthanasie bezeichnet. Für die Haller Anstalt ist dieser Zeitraum 1942 bis 1945, der sich genau mit der Belegungsdauer des Friedhofs deckt, bisher nicht erforscht. Aber gerade für die Frage nach den Entstehungsbedingungen und der Bedeutung des ehemaligen Anstaltsfriedhofes ist dieser Zeitabschnitt von großer Relevanz. Die Anlegung des Friedhofs erfolgte wenige Wochen nach dem letzten „Euthanasie“-Transport aus Hall. Dr. Hans Czermak, der für die Durchführung dieser Transporte im Gau Tirol-Vorarlberg verantwortlich war, bemühte sich in dieser Zeit wiederholt darum, dass die Tötungen direkt in Hall vorgenommen würden, um, wie er zynisch begründete, Treibstoffkosten einsparen zu können. Diese Versuche, vor Ort in Hall eine eigene „Euthanasie“-Station zu errichten, dürften nach bisherigem Wissen nicht umgesetzt worden sein. Dennoch stieg die Sterberate in der Anstalt insbesondere in den Jahren 1944 und 1945 erheblich an, was nach Erklärungen verlangt.

Fragestellungen des Projekts

Hartmann Hinterhuber schreibt von bis zu 400 Menschen, die den Anstaltsaufenthalt während der NS-Zeit als Folge von Hunger und Unterernährung nicht überlebte hatten.[4] Auch in der unmittelbaren Nachkriegszeit führten die Ärzte die Unterernährung als Ursache für die hohe Sterblichkeit an: *„Die hohe Sterblichkeitsziffer in den Jahren 1944 und 1945 war hauptsächlich bedingt durch Enteritiden [entzündliche Erkrankung des Dünndarms, O.S.] bei unterernährten und altersschwachen Kranken.“*[5] Ob der Hunger alleine die hohen Sterberaten erklären kann und wie diese Unterernährung herbeigeführt wurde, soll in dem Projekt untersucht werden. Bisher fehlten für Hall konkrete Hinweise auf gezielte Tötungen durch Medikamente, wie dies etwa in den Anstalten Niedernhart, Gugging oder Klagenfurt geschah. Es gab und gibt jedoch immer wieder Vermutungen, dass auch in Hall nicht alles mit *„rechten Dingen“* zugegangen sei. Um die Frage beantworten zu können, woran die einzelnen auf dem Friedhof begrabenen Personen gestorben sind, ob es sich um einen natürlichen, um einen herbeigeführten oder um einen durch Unterernährung verursachten Tod handelte, ist es notwendig, die Kranken- und Verwaltungsakten aller auf dem Friedhof beerdigten Menschen durchzuarbeiten und nach medizinischen, historischen, anthropologischen und archäologischen Kriterien auszuwerten und die einzelnen Ergebnisse in Verbindung zueinander zu bringen. Das in den letzten Jahren aufgebaute Archiv

in der Psychiatrie Hall mit seinen gut erhaltenen Beständen bietet hierzu ideale Voraussetzungen. Die systematische Untersuchung der Krankengeschichten und PatientInnenverwaltungsakten, in Kombination mit den archäologischen Ausgrabungsbefunden und den anthropologischen Ergebnissen könnte im Idealfall mehr Klarheit darüber bringen, ob für die erhöhten Sterberaten tatsächlich nur die schlechte Versorgungslage verantwortlich war, oder zum Teil doch ein schneller Tod gezielt herbeigeführt, oder zumindest zugelassen wurde. Neben dieser zentralen Fragestellung sind mit der Installierung des Friedhofes noch weitere Fragen verknüpft, die die Verwaltungsgeschichte und den Entstehungskontext des Friedhofs betreffen. So gilt es etwa herauszufinden, warum die in der Anstalt verstorbenen PatientInnen ab November 1942 nicht wie bisher auf dem städtischen Friedhof, sondern auf dem eigens eingerichteten Anstaltsfriedhof beigesetzt wurden. Zudem stellt sich die Frage, wer die Anlegung des Friedhofes veranlasst hat, ob die Gründungsgeschichte einen direkten Bezug zu möglichen „Euthanasie"-Planungen aufweist, oder ob andere Überlegungen dafür ausschlaggebend waren. Ziel der Recherchen muss es auf jeden Fall sein, Aufschluss darüber zu bekommen, ob die erhöhte Sterblichkeit das Ergebnis gezielter nationalsozialistischer Vernichtungslogik war, die von der Anstaltsleitung bzw. von einem Teil der Ärzte und des Pflegepersonals möglicherweise mitgetragen wurde, oder aber, ob sich die Anstalt den Forderungen der nationalsozialistischen Politik weitgehend entziehen konnte.

Erinnern und Gedenken

Neben der historischen Aufarbeitung ist es besonders wichtig, dass ein breiterer Reflexions- und Erinnerungsprozess in Gang gesetzt wird. Dabei kann an einige Vorarbeiten angeknüpft werden. Schon in der Vergangenheit und in der Gegenwart gab und gibt es unterschiedliche Initiativen, die sich mit der Geschichte der Psychiatrie in Hall auf verschiedenen Ebenen intensiv auseinandersetzten. So thematisierte etwa der Künstler Franz Wassermann bereits 2005 die nationalsozialistischen Verbrechen in seinem Projekt *„Temporäres Denkmal"*. Seit September 2008 befasst sich auch das Interreg IV-Projekt *„Psychiatrische Landschaften. Die Psychiatrie und ihre Patientinnen und Patienten im historischen Raum Tirol-Südtirol von 1830 bis zur Gegenwart"* (http://www.psychiatrische-landschaften.net) mit der Geschichte der Psychiatrie in Hall. Als Teilergebnis dieses Projektes

wurde 2009 ein Rahmenkonzept für ein Historisches Archiv sowie einen Lern- und Gedenkort im Psychiatrischen Krankenhaus Hall i.T. ausgearbeitet, das bisher noch nicht umgesetzt werden konnte. Trotz der bisherigen unterschiedlichen Initiativen fehlt in Hall nach wie vor eine Gedenktafel, ein Mahn- oder Denkmal für die Opfer der NS-Herrschaft. Auch fehlt jeglicher Hinweis auf den Friedhof und die dort beerdigten Menschen. Die nunmehrige Aufarbeitung der Geschichte des ehemaligen Friedhofes und der damit zusammenhängenden NS-Vergangenheit sollte zum Anlass und Ausgangspunkt genommen werden, nach den erfolgten Forschungen die Fäden bisheriger Initiativen aufzugreifen und eine geeignete Form der Erinnerung an die Opfer der „Euthanasie"-Transporte und an die am ehemaligen Friedhof begrabenen PatientInnen zu initiieren.

Anmerkungen

1 Das Projekt wird geleitet von Alexander Zanesco, Stadthistoriker und Stadtarchäologe in Hall, der auch für die archäologischen Forschungen im Team verantwortlich ist. Die weiteren Projektmitglieder sind Oliver Seifert, Historiker im Landeskrankenhaus Hall und Projektmitarbeiter an der Universität Innsbruck, der Anthropologe George McGlynn, Konservator an der Staatssammlung für Anthropologie und Paläoanatomie München, Walter Parson, Leiter des Forschungsschwerpunktes „Forensische Molekularbiologie" am Institut für Gerichtliche Medizin der Medizinischen Universität Innsbruck, und Christian Haring, ärztlicher Leiter Psychiatrie und Psychotherapie B Landeskrankenhaus Hall.

2 Hinterhuber, Hartmann, Ermordet und vergessen. Nationalsozialistische Verbrechen an psychisch Kranken und Behinderten in Nord- und Südtirol, Innsbruck-Wien 1995, S. 80.

3 Vgl. Seifert, Oliver, „Sterben hätte sie auch hier können." Die „Euthanasie"-Transporte aus der Heil- und Pflegeanstalt Hall in Tirol nach Hartheim und Niedernhart, in: Kepplinger, Brigitte / Marckhgott, Gerhart / Reese, Hartmut (Hg.), Tötungsanstalt Hartheim (=Oberösterreich in der Zeit des Nationalsozialismus 3), Linz 2008[2], S. 359-410.

4 Hinterhuber, Ermordet und vergessen, S. 76.

5 Historisches Archiv Landeskrankenhaus Hall i.T., Dr. Schmuck an Dr. Leopold Pawlicki, 13.3.1950.

Gespräche



Abb. 80: Der ehemalige Friedhof in Schussenried (2008)

Sabine Mirrione

„Ganz die Oma ...“

Eine Suche nach der Großmutter

„Ganz die Oma“[1], ein Satz, den Doris S. als Kind öfter von ihrer Mutter gehört hat, vor allem wenn sie schrieb oder stickte. Diese Oma hatte das Kind nie kennengelernt, denn sie war längst tot. Es gab kein Foto von ihr und niemand in der Familie sprach über sie. Wenn das Mädchen – gerade von solchen Aussagen neugierig geworden – nachfragte, reagierte die Mutter *„schlimm“*, wurde aufbrausend und meinte nur: *„Das geht dich nichts an! Du hast sie nicht gekannt, was willst du das wissen, interessier‘ dich für was anderes.“* Die Erinnerung an die Großmutter wurde in der Familie verdrängt. Doch für Doris S. war die Großmutter immer präsent; und deswegen machte sie sich auf die Suche nach ihr.

Eine der wenigen Erzählungen über die Großmutter hat Doris in einem Gespräch zwischen ihrer Mutter und Bekannten mitgehört. Sie erinnert sich, dass *„die Mutti mal gesagt hat, ihre Mutter ist von die Leut von Hitler durch eine Spritze ums Leben gekommen, die haben sie umgebracht.“* Doris hat sich als Jugendliche wohl deshalb besonders für Hitler interessiert. Mit elf Jahren fand sie daheim „Mein Kampf“ und las es, verstand aber wenig. Das *„war 1964, da hat man ja kaum ein Wort verlieren dürfen. Weil ich wollte [...] einmal in der Schule beim Ausflug die Lehrerin fragen über Hitler, dann hat sie mich gleich total runtergemacht und [...] Also, das war irgendwo tabu“*. Mit 14 Jahren las sie das Buch noch einmal und verstand mehr. Erneut suchte sie ein Gespräch mit der Mutter, die kurz erzählte, dass die Oma zur Behandlung ihres gelähmten Armes von Karneid bei Bozen nach Innsbruck gekommen, aber dann *„von die Leut vom Hitler eben mit einer Spritze umgekommen“* sei. Mehr hat Doris von ihrer Mutter nie erfahren. *„Dann, so zirka ein Jahr bevor sie gestorben ist, wollte ich sie*

nochmal drauf anreden, hab aber gemerkt, wie nahe ihr das geht, dann hab ich's eigentlich gelassen und hab mir geschworen, wenn sie stirbt [...] ja, wenn sie stirbt, dann werd ich nachforschen."

Nach dem Tod der Mutter 2007, die *„aufgrund ihres Traumas es nie zugelassen hätte nachzuforschen"*[2], begann Doris, sich auf die Suche nach ihrer Oma zu machen. Sie wollte *„einfach was wissen über die Frau, und mir war immer wichtig so quasi, dass es ihr immer gut gegangen ist und dass sie dann wirklich nur eine Spritze gekriegt hat und nichts mehr gemerkt hat."* Doris S. begann mit der Recherche ihrer Familiengeschichte. Da es keine Lebenden mehr gab, die sie nach ihrer Oma hätte fragen können, blieb nur die Suche in der Literatur und in Archiven.

Im Tiroler Landesarchiv und im Gemeindearchiv von Karneid fand Doris S. erste Spuren, Eckdaten: Ihre Großmutter Margarethe wurde 1899 in Innsbruck geboren, ging irgendwann nach Südtirol, wo sie 1925 eine Tochter – Frieda, die Mutter von Doris – zur Welt brachte. 1933 heiratete sie Franz und lebte mit diesem in Kardaun (Gemeinde Karneid). Im März 1940 zog die Familie im Rahmen der „Option" nach Innsbruck. Am Bahnhof wurden sie, wie alle Optantinnen und Optanten, begutachtet. Die Familie wurde im Gasthof „Wilder Mann" untergebracht, doch schon nach wenigen Tagen getrennt. Margarethe kam in die „Landes-Heil- und Pflegeanstalt für Geistes- und Nervenkranke" nach Hall in Tirol. Dort blieb sie bis November und wurde dann gemeinsam mit anderen Patientinnen und Patienten in die Heilanstalt Schussenried im heutigen Baden-Württemberg transportiert. Am 22. November 1940 starb sie dort. Als Doris auf den Sterbeort Schussenried stieß, erschauerte sie, denn sie hatte von Schussenried im Zusammenhang mit der NS-„Euthanasie" schon einmal gelesen. Die überlieferte Geschichte von der Ermordung der Oma schien für sie damit belegt.

Am 1. November 1940 wurden 113 „SüdtirolerInnen" von der „Landes- Heil- und Pflegeanstalt für Geistes- und Nervenkranke" Hall in die Heilanstalt Schussenried gebracht. Am 10. und 11. März 1942 wurden weitere 17 bzw. 51 Personen verlegt. Eine genauere Betrachtung der persönlichen Daten der Betroffenen zeigt, dass fast alle wegen ihres Geburts- oder letzten Wohnortes als SüdtirolerInnen eingestuft wurden. Die meisten PatientInnen waren erst relativ kurze Zeit vor ihrem Abtransport nach Hall gekommen. Mit rund 50 Prozent vollzog die Umsiedlungsstelle Südtirol die meisten

Einweisungen; etwa 15 Prozent der PatientInnen kamen über die Psychiatrisch-neurologische Klinik Innsbruck.

Quelle: Historisches Archiv des Landeskrankenhaus Hall, Aufnahmebuch und Buch über Zuwachs/Abgang 1932–1944.

Die nächste Station der Recherche war das Historische Archiv des ehemaligen Psychiatrischen Krankenhauses in Hall. Von dem rund achtmonatigen Aufenthalt sind einige Verwaltungsunterlagen sowie ärztliche Gutachten erhalten geblieben. Im Aufnahmegespräch hatte Margarethe von ihrer Kindheit und Schulzeit, von der Ehe und den Schwangerschaften, von durchlebten Krankheiten und der Lähmung von Fuß und Arm „erzählt“. Aus den Akten gewann Doris S. eine konkretere Vorstellung ihrer Großmutter: *„das ist irgendwo ganz komisch. Zuerst weißt du 50 Jahre nichts und möchtest was wissen, und auf einmal lebst du das letzte halbe Jahr mit der Frau mit.“* Das Bild, das Doris rekonstruieren konnte, war aber un-



Abb. 81: Doris S. bei dem 1992 errichteten Denkmal für NS-Euthanasieopfer in Schussenried (2008)

klar und verzerrt. Der medizinische Fachjargon ist für Laien kaum verständlich und die Aufzeichnungen erschienen teilweise widersprüchlich. Es blieb auch immer die Frage, was man überhaupt glauben kann von diesen Unterlagen aus der NS-Zeit, in der Menschen mit physischer und psychischer Beeinträchtigung als *„lebensunwert"* galten.

Obwohl die Auseinandersetzung mit der Vergangenheit für Doris S. sehr schmerzhaft war, suchte sie in Schussenried nach weiteren Spuren ihrer Großmutter.

„[Ich wollte] *unbedingt einmal ein, zwei Tage nach Schussenried. Ich möchte mir das einmal da alles anschauen. Das war am Anfang keine gute Idee, aber jetzt im Nachhinein [...] weil, ich hab irrsinnig gelitten, […] mir ist es nicht gut gegangen, also das war brutal, das alles zu sehen* [die Anstalt, die Gleise, die Gedenkstätte, die Kirche, den Friedhof A.d.V.]. *Das hat mich wahnsinnig entsetzt."*

In Schussenried ist nur ein kleiner Teil der Krankenakten erhalten geblieben. Die Akte zu Margarethe ist äußerst dünn und ermöglicht keinerlei Aussagen über Behandlung, Pflege und Todesursache. Laut den Recherchen, die im Archiv für Doris S. gemacht wurden, findet sich die Oma auf keiner Transportliste zur nahe gelegenen Tötungsanstalt Grafeneck. Aus den bisherigen Forschungen sind für Schussenried auch keine gezielten Ermordungen im Rahmen der so genannten *„wilden Euthanasie"* bekannt. Dennoch ist die in der Akte angeführte natürliche Todesursache kritisch zu betrachten. Patientinnen und Patienten wurden nämlich während des Zweiten Weltkrieges Krieg schlecht versorgt, was zu einer hohen Sterblichkeit führte.

Über ihre Nachforschungen meint Doris:

„Also, momentan war's immer eine brutale Belastung. […] Und damals hab ich mir gedacht, nein, hätt ich doch nicht tun sollen. Ich hab schon manchmal gezweifelt. Oder auch wenn ich auf dem Balkon draußen gesessen bin, die ganze Nacht gelesen hab, wie ich ein Buch angefangen hab, ich hab müssen fertiglesen. Und immer hab ich gerechnet, wo könnt jetzt da die Oma dabei sein […] Also, ich hab da so einen Hass entwickelt. Und da hab ich mir gedacht, nein, hätt ich nicht tun sollen. Aber jetzt, im Nachhinein, sag ich, hat's mir wahnsinnig geholfen. Weil ich endlich viel weiß. Es ist nur schade, wie gesagt, dass wir das nicht zu Lebzeiten

von der Mutter gewusst haben, dann hätten wir auch können der Frau helfen. Weil die war damals 15 Jahre, das ist ja […] schon ganz schlimm.“

Auch was mit ihrer Mutter, Frieda, 1940 passiert war, wusste Doris S. nicht, da diese nie über ihre Kindheit gesprochen hatte. Im Laufe der Recherchen für diesen Beitrag konnte der Lebensweg der jugendlichen Frieda nach der Trennung von den Eltern am 13. März 1940 rekonstruiert werden: Das Amt für Jugendwohlfahrt Innsbruck wies die damals 14jährige Frieda in das Erholungsheim Eichhof in Natters ein, mit der Begründung, dass

„ein Verbleiben bei den Eltern aus erzieherischen Gründen untragbar ist. Nach Berichten von Einwohnern aus Kardaun sind die Eltern dieses Kindes ausserordentlich […] leichtsinnig und dem Trunke ergeben. Insbesondere die Mutter führt einen sehr zweifelhaften Lebenswandel und verwendet jeden freien Geldbetrag für Alkoholgenuss.“[3]

Gemäß der nationalsozialistischen „Rassenlehre“ galt Frieda als Tochter einer psychisch Kranken als erblich belastet. Hinzu kamen die Aussagen anderer Südtiroler Auswanderinnen und Auswanderer, die eine Trennung von den Eltern zum Wohle von Frieda notwendig zu machen schienen. Im Juni 1940 musste Frieda von Innsbruck in die „NSV [Nationalsozialistische Volkswohlfahrt] Jugendheimstätte“ nach Vilsbiburg in Bayern. Ab September absolvierte sie im Gesundheitshaus Landau a.d. Isar ihr Pflichtjahr. Frieda wollte Kinderpflegerin werden, die Volkswohlfahrt Bayern befand im Sommer 1941: *„in sittlicher Hinsicht hat Friedas Lebenswandel bei uns nichts zu wünschen übrig gelassen.“* Dennoch schlug das Amt vor, dass das Mädchen vor Beginn der Ausbildung ein einjähriges Praktikum im Gesundheitshaus machen solle, da der dortige Einfluss guter Mitarbeiterinnen von Vorteil für ihre Entwicklung wäre. Dies schien der Behörde notwendig, *„weil Frieda schon einmal sittlich gefährdet war und heute bei einer völligen Freiheit voraussichtlich wieder in Gefahr kommen würde“*.[4] Die Umsiedlungsstelle in Innsbruck wurde über alle Schritte informiert. Im September 1941 erhielt sie einen Bericht:

„[Die] *Mutter war damals* [März 1940] *schon sehr kränklich, sodass sie für das Kind nicht mehr sorgen konnte, sie ist kurz nach der Einweisung ihres Kindes in unser Heim gestorben. […] Friedas Wesen war nach ihrer Einweisung noch*

sehr unausgeglichen. Sie zeigte sich als streitsüchtig, trotzig, eigensinnig, wir beobachteten Willensschwäche und eine falsch gerichtete Einstellung zur Arbeit. […] Wesen im Vergleich zur Anfangszeit doch bedeutend gefestigter. […] Es ist dringend notwendig, dass Frieda weiterhin bewusst erzieherisch geführt wird.“[5]

Frieda sollte also weiterhin in Heimen erzogen werden und durfte nicht zum Vater.

Aus den Akten geht hervor, dass Franz noch im März 1940 eine Arbeit in Innsbruck erhalten hatte und nach Völs gezogen war. Er scheint einen losen Briefverkehr mit seiner Tochter geführt zu haben und mindestens ein Mal durfte Frieda zu ihm auf Urlaub fahren. Die Entscheidungen, was das Beste für Frieda sei, wurden von den Organisationen der NS-Jugendwohlfahrt getroffen, nicht vom Vater. Der Vater wurde über die Maßnahmen lediglich informiert. Zwei Mal wurde er von den Behörden aufgefordert, durch Briefe positiv auf Frieda einzuwirken, damit sich ihr Verhalten bessere. Aus dem Briefverkehr der Dienststellen geht hervor, dass Franz seine Tochter gerne zu sich genommen hätte.[6] Das Amt für Volkswohlfahrt, Unterabteilung Jugendhilfe in Innsbruck, sprach sich aber gegen die Rückkehr zum Vater aus, da man glaubte, Friedas Verhalten sei auf seinen schlechten Einfluss zurückzuführen. Stattdessen wurde entschieden, Frieda eine Stelle als Hausgehilfin in der Nähe des Heims zu verschaffen.[7] Wenige Wochen später kam sie als Hausgehilfin nach Oberfranken.[8] Nach einer eidesstattlichen Erklärung von Frieda kehrte sie im Dezember 1942 nach Tirol zurück, wo sie bis zu ihrem Tod lebte. Vor dem Hintergrund dieser Erfahrungen veränderte sich Doris’ bisheriges Bild von ihrer Mutter:

„[…] sie war einfach gefühlskalt und berechnend und ... weil ich hab das ja alles nicht gewusst, wenn ich‘s gewusst hätte, hätte ich auch Verständnis gehabt dafür. Weil wenn ich heute keine Liebe kriege, dann kann ich auch keine weitergeben. Oder wenn ich so einen Schock mitmache.“

Obwohl die Suche nach der Großmutter für Doris S. mühsam und schmerzhaft war, ist sie froh diesen Schritt getan zu haben. Die Aufarbeitung war ein intensiver Prozess, der schlussendlich Gewissheit und Ruhe gebracht hat. Durch die Auseinandersetzung mit der Vergangenheit hat sie nicht nur ein Bild von ihrer Großmutter gewonnen, sondern auch das ihrer Mutter korrigieren können.

Anmerkungen

1 Alle Zitate stammen, wenn nicht anders angegeben, aus dem Interview von Sabine Mirrione mit Doris S. am 2.12.2009.
2 E-Mail von Doris S. an Ingeborg Rosenfeld, 6.10.2008.
3 Tiroler Landesarchiv (TLA), DUT KZ 116.329-31, Brief [Absender nicht bekannt, gezeichnet Degischer] an das Amt für Volkswohlfahrt/Jugendhilfe Innsbruck, 13.3.1940.
4 TLA, DUT KZ 116.329-31, Brief der Jugendheimstätte der NSV Vilsbiburg an das Amt für Volkswohlfahrt/Jugendhilfe in Bayreuth und Umsiedlungsstelle Innsbruck NSV-Dienststelle, 26.7.1941.
5 TLA, DUT KZ 116.329-31, Brief der Jugendheimstätte der NSV Vilsbiburg an NSV-Gesundheitshaus Landau/Isar und Umsiedlungsstelle Innsbruck NSV-Dienststelle, 19.9.1941.
6 Vgl. TLA, DUT KZ 116.329-31, Brief der Jugendheimstätte der NSV Vilsbiburg an Gauleiter und Reichsstatthalter Umsiedlung Südtirol NSV Dienststelle, 6.5.1942.
7 Vgl. TLA, DUT KZ 116.329-31, Brief vom Amt für Volkswohlfahrt Innsbruck an NSDAP Kreisleitung Innsbruck und NSV Jugendheimstätte Vilsbiburg, 16.5.1942.
8 Vgl. TLA, DUT KZ 116.329-31, Brief der Jugendheimstätte der NSV Vilsbiburg an Gauleiter und Reichsstatthalter Umsiedlung Südtirol NSV-Dienststelle, 10.7.1942.



Abb. 82: Leopoldine Mayr in der elterlichen Wohnung (ohne Datum)

Oliver Seifert

„Es war das Paradies“

Wohnen im „Gelben Haus“ – die Tochter eines ehemaligen Anstaltsmaurers erinnert sich. Ein Gespräch mit Leopoldine Mayr

Vor der Kapelle im Psychiatrischen Krankenhaus Hall (PKH) traf ich im März 2009 zwei mir unbekannte Frauen. Wir kamen ins Gespräch und eine der Frauen – Leopoldine Mayr – erzählte, dass sie vor vielen Jahren im Gelände der Anstalt aufgewachsen sei und sie nun den Ort ihrer Kindheit mit einer Freundin besuchen möchte. Voller Begeisterung zeigte sie auf die roten Bodenplatten. Diese seien noch von ihrem Vater angefertigt worden, der viele Jahre als Maurer in der Anstalt gearbeitet hätte. Von 1955 bis 1975 hätte sie mit ihrer Familie auf dem Areal der damaligen *„Heil- und Pflegeanstalt“* gewohnt. Die Neugierde des Historikers war geweckt. Wie kann man sich ein Leben, insbesondere eine Kindheit, innerhalb einer weitgehend geschlossenen Institution, wie es die Psychiatrie in diesen Jahren ohne Zweifel war, vorstellen?[1]

„Hall einfach“

Zu Recht hatte die Psychiatrie in Hall in diesen Jahren einen schlechten Ruf. Erst Ende der 1970er Jahre wurden zaghafte Reformen eingeleitet. Noch am 24. März 1978 berichtete die Tiroler Tageszeitung unter dem Titel „Vergessene Menschen abseits der Gesellschaft“, dass bis zu 900 PatientInnen untergebracht waren. Die überwiegende Mehrheit der PatientInnen galt als *„Pflege- und Verwahrungsfälle“*. Der Verwaltungsdirektor wurde mit den Worten zitiert, dass diese in der Psychiatrie *„ein Heim gefunden“* hätten. Eine Entlassung war für sie also nicht

vorgesehen. Dies bestätigt auch den Kern der Redensart „*Hall einfach*“, die in der Bevölkerung kursierte. Das „Landesnervenkrankenhaus“ war aber nicht nur ein Ort der Verwahrung und medizinischen Behandlung sondern auch Arbeits- und Wohnungsgeber. Viele Angestellte fanden dort ebenfalls ihr „Heim“. Sie konnten eine Dienstwohnung innerhalb des Anstaltsgeländes beziehen. Für sie bedeutete das Leben in der Anstalt nicht Unfreiheit und Zwang, sondern in der Regel sozialen Aufstieg und Sicherheit.

Eine sichere Stelle und dazu eine größere Wohnung

Wenn Leopoldine Mayr über die Anfangszeit spricht, schöpft sie nicht aus bewusster Erinnerung. Sie war 1955, als die Familie die Dienstwohnung im ersten Stock des Hauptgebäudes bezog, eineinhalb Jahre alt. Wenige Monate vorher hatte ihr Vater Josef Mayr als Maurer in der Anstalt zu arbeiten begonnen. Bis dahin war er bei einem Bruder beschäftigt gewesen und lebte mit seiner sechsköpfigen Familie in Untermiete bei einem anderen Bruder, der den elterlichen Hof geerbt hatte. Die Wohnverhältnisse waren sehr beengt. In dieser Situation war es ein Glücksfall, dass die Heil- und Pflegeanstalt Handwerker anwarb. Für die Familie bedeutete die Anstellung eine erhebliche Verbesserung, wie sich Leopoldine Mayr erinnert: *„Also eine sichere Stelle, eine sichere Arbeit mit einem sicheren Einkommen und dazu eine größere Wohnung, das war schon was.“* Bis 1975 lebte Leopoldine im „Landesnervenkrankenhaus“. Erst mit dem Pensionsantritt des Vaters erlosch das Anrecht auf die Dienstwohnung. Nach 20 Jahren war der Abschied nicht einfach. Sie hatte bereits zwei Kinder, die die Weitläufigkeit von Gelände und Wohnung genauso genossen, wie sie das als Kind getan hatte. Aber nicht nur die Tatsache, dass sie in eine kleinere Wohnung umziehen musste, machte den Abschied schwer, sondern auch die überwiegend positiven Erinnerungen, die an Gebäude und Gelände geknüpft waren.

„Ich kenne kaum jemanden, der so viel von seiner Kindheit redet wie ich“

Noch bevor die Aufnahmetaste gedrückt und die erste Frage gestellt war, hatte Leopoldine Mayr bereits den Titel für diesen Beitrag vorgegeben: *„Es war das*

Paradies“, sagte sie und meinte damit ihre Kindheit und Jugend im Anstaltsgelände, *„weil es sehr viel Freiheit gehabt hat, aber auch sehr viel Geborgenheit.“* Eine der ersten Erinnerungen gilt der Größe des Geländes und der Gebäude. Sie empfand es als einen *„kleinen Bezirk in der Stadt Hall, der relativ abgeschlossen war“*. Vielleicht deswegen auch der Vergleich mit dem Paradies, das ja auch etwas Abgeschlossenes hat. Die Isolation ging aber nicht so weit, dass es keine Kontakte nach außen gegeben hätte. Es war üblich und möglich, dass Schulfreundinnen zu Besuch kamen. Bei diesen legten sich die anfänglichen Ängste wegen der ungewohnten Umgebung – *„passieren da nicht furchtbare Sachen und kann mir da nichts passieren?“* – meist bald. An Hänseleien kann sie sich kaum erinnern, auch wenn sie in ihrer *„Schulzeit mit einem ganz bestimmten Geruch behaftet war. Also, die Poldi, die wohnt im gelben Häusl sozusagen, da wo alle eingesperrt sind.“*

An vielen Stellen des Gesprächs taucht das Wort Freiheit auf. Ein unerwarteter Begriff im Zusammenhang mit Psychiatrie. Diese Gleichzeitigkeit muss man sich immer wieder vergegenwärtigen. Auf der einen Seite die PatientInnen, für die das Leben in der Anstalt wenig mit Freiheit zu tun hatte, und auf der anderen Seite Kinder wie Leopoldine Mayr, für die ein solcher Platz unendliche Möglichkeiten bot, auch wenn es klare Regeln und Grenzen gegeben hat. Sie vergleicht das Leben im Anstaltsgelände *„mit einem mittelalterlichen Dorf, wo ein Kind alles erlebt, was man zum Leben braucht.“* Das Leben und Erleben war nicht nur auf die eigene Familie beschränkt. Das auf Selbstversorgung bedachte Krankenhaus beschäftigte eine Reihe von Angestellten und hatte eine Vielzahl von Werkstätten:

„[…] es hat eine Malerei gegeben, es hat eine Maurerei, eine Schlosserei, eine elektrische Werkstätte, es hat eine Metzgerei, eine Wäscherei, eine Näherei, ein Labor, eine Bücherei gegeben, und ich hab die Möglichkeit gehabt, da überall ein bissl hineinzukommen und hab sehr viel kennengelernt dadurch.“

Die Kinder durften beim Kalkbrennen, beim Gießen von Bodenziegeln in der Maurerei oder beim Kraut Einschneiden zusehen. Viele Erinnerungen erschließen sich Leopoldine Mayr über Gerüche: der Leim zum Buchbinden, das frische Holz in der Tischlerei, die großen Mengen an eingelagerten Äpfeln aus den anstaltseigenen Obstgärten im Keller. Noch heute spürt man die Begeisterung, wenn sie von alldem erzählt: *„Also, ich denk mir, Sinnesreize oder einfach Erlebnisse, die ein Kind teilhaben lassen, was das Gesamtleben ausmacht. Ich glaub, die heuti-*



Abb. 83: Familie Mayr im Anstaltsgelände, Leopoldine als Jüngste in der Mitte (ca. 1957)

gen Kinder erleben das halt virtuell. Ich hab das live erleben dürfen. Und das war so, so wirklich ganz, ganz toll für mich.“ Für die kindliche Spiel- und Abenteuerlust boten Gärten und Gebäude ideale Bedingungen. Die großen Stiegenhäuser wurden zum Verstecken-Spielen genutzt, der Platz vor dem Haupthaus war der *„Zentralspielplatz“*, auf dem man im Winter auch rodeln konnte.

Leopoldine Mayr ist überzeugt, dass diese Zeit sie bis heute *„prägt und begleitet“*. Sie ist sich aber auch dessen bewusst, dass all diese positiven Bilder und Erinnerungen nur ihre persönliche Erfahrung zum Ausdruck bringen. Ihre älteren Geschwister haben ganz andere, möglicherweise auch weniger positive Erinnerungen an das Gebäude, das Areal und die damalige Zeit.

„Mich hat das nicht so erschreckt“

Die Dienstwohnungen des Personals und manche Krankenstationen befanden sich in unmittelbarer Nachbarschaft. Im Parterre des Hauptgebäudes war damals eine Männerstation und einen Stock höher befanden sich die Dienstwohnungen. Vom Gang aus konnte man auf den Innenhof sehen, wo die PatientInnen herumspazierten, aßen, miteinander redeten oder rauchten. Für die Kinder ein normaler Anblick. Leopoldine Mayr kann sich sogar noch an die Namen einzelner PatientInnen erinnern:

„Es hat auch einen Patienten gegeben, den Namen weiß ich heute noch, L. hat der geheißen, und der hat öfters so epileptische Anfälle gehabt, […] die machen ja meistens so einen Ton vorher, und wenn man das gehört hat, dann ist man eben zum Fenster und hat gesagt, aha, der Herr L. hat wieder einen Anfall. […] das hat einfach da dazugehört. Wir waren in einem Krankenhaus, wo kranke Menschen waren. Mich hat das nicht so erschreckt, muss ich sagen.“

Auf dem Gelände begegnete man vor allem jenen PatientInnen, deren psychischer Zustand besser war. Manche arbeiteten in der Landwirtschaft oder in einer der Werkstätten. Auch bei Josef Mayr in der Maurerei waren einige Patienten als Hilfsarbeiter beschäftigt. Das Schwierige war für ihn, dass er über deren Krankheitsbild nur wenig Bescheid wusste. Viele PatientInnen waren über Jahre hinweg in der Anstalt. Dadurch wurden sie zu *„vertrauten Menschen“,* mit denen man

einen *„normalen Umgang“* pflegte und über dessen Eigenheiten man Bescheid wusste:

„[...] bei dem Patienten hat man nicht pfeifen dürfen. Das hat irgendwas ausgelöst in ihm, wo er ausgerastet ist. Das hat jeder gewusst, dass man neben ihm nicht pfeifen darf. Oder es hat Patienten gegeben, die haben riesige Zettel gehabt, wo sie Flugzeuge und Fabriken verkauft haben, und auch hergekommen sind und gesagt haben, schau, jetzt hab ich wieder eine Fabrik zu verkaufen. Da hat man halt so mitgetan, auch so, ja, wie viel kostet das und so.“

Leopoldine Mayr empfand den Umgang als *„ein Miteinander“,* der sie nie mit Angst erfüllte. Sie kann sich auch nicht daran erinnern, dass jemals etwas passierte. Zu den PatientInnen, die sich nicht frei im Gelände bewegen durften, gab es natürlich keinen Kontakt. Manchmal sah man sie an den vergitterten Fenstern stehen. Bei den Gesprächen der Erwachsenen schnappten die Kinder die eine oder andere Geschichte von Schocktherapien und Ähnlichem auf. Diese Männer und Frauen hätten wohl Mitleid verdient, meint Leopoldine Mayr, *„weil die waren ja wirklich in geschlossenen Abteilungen.“*

„Dass ich damals sehr, sehr viele Ängste ausgestanden hab, das weiß ich noch“

Auch wenn in der Schilderung von Leopoldine Mayr das Positive überwiegt und sie gerne und viel an ihre Kindheit zurückdenkt, zeigen sich doch an manchen Stellen des Gesprächs Bruchstellen, die erahnen lassen, dass die in den Vordergrund gestellte Leichtigkeit nur ein Teil der Realität war. Als Leopoldine circa sieben Jahre alt war, wurde ihre Mutter Zita erstmals auf die Wachstation für Frauen eingewiesen. Weitere Aufenthalte sollten folgen. Sie hatte Suchtprobleme und angedroht *„in den Inn zu gehen“.* Auch wenn die Mutter diese Androhung gegenüber der Tochter nicht direkt ausgesprochen hatte, bekam diese doch mit, wie es um die Mutter stand und hatte große Angst *„es könnte was passieren, was furchtbar ist“.* In dieser Situation war es von Vorteil, dass die Familie in der Psychiatrie wohnte. Leopoldine konnte ihre Mutter sehr oft besuchen, war die Station doch nur wenige Minuten von der Wohnung entfernt. An einen Besuch hat sie

noch eine besonders intensive Erinnerung. Anlässlich des Muttertages hatte sie in der Schule ein Gedicht gelernt:

„Und als ich ihr dann das Gedicht aufgesagt hab und in der dritten Strophe ist es darum gegangen, dass Gott die Mutter gesund erhalten soll, und ich weiß ganz bewusst, dass ich diese dritte Strophe ausgelassen hab, weil ich mir gedacht hab, die Mama ist jetzt da herinnen und wenn ich das jetzt so [...] da wird sie zum Weinen anfangen.“

Diese Erinnerungsbilder verursachen bei Leopoldine Mayr *„Schmerz“*, auch wenn sie heute sagen kann, dass sie es nicht als etwas *„Schreckliches“* sieht. In Anbetracht der Lebensgeschichte ihrer Mutter kann sie verstehen, dass diese *„einfach mit vielem nicht zurechtgekommen“* ist. In der Zeit der Abwesenheit der Mutter, kümmerte sich der Vater sehr um Leopoldine. Es erwies sich als großer Vorteil, dass man innerhalb eines sozialen Gefüges wie dem „Landesnervenkrankenhaus“ lebte. Auch eine Nachbarin sorgte sich um das Mädchen. Das Essen wurde aus der Großküche bezogen. Die Direktion nahm auf die spezielle Familiensituation Rücksicht. In der Wohnung wurde ein Haustelefon installiert, damit der Vater während der Nacht- und Wochenenddienste zu Hause erreichbar war und er die Tochter nicht alleine in der Wohnung lassen musste.

„Dass man trotzdem ein wertvoller Mensch sein kann“

Seit wenigen Jahren ist das Psychiatriegelände öffentlich zugänglich. Leopoldine Mayr kommt oft an den Platz ihrer Kindheit zurück. Sie spaziert durch das Gelände, besucht den Feng-Shui-Garten, ist über aktuelle Entwicklungen des Hauses informiert und man spürt noch heute eine gewisse Verbundenheit. Aus der prägenden *„Lebensgeschichte in der Psychiatrie“* und aus den Erfahrungen mit der Mutter nahm sie für sich einen *„Auftrag“* mit:

„[…] dass wir alle Defizite haben und dass man trotzdem ein wertvoller Mensch sein kann. […] Es hat einmal eine Zeit gegeben, wo man so für alles, was im eigenen Leben nicht gelingt, sagt, da ist meine Mutter die Schuld, da ist das die Schuld und so. Und natürlich gibt‘s vielleicht Verbindungen […]. Ich denk mir nur, wenn

ich an ihrer Stelle gewesen wäre, ich weiß nicht, ob ich's so geschafft hätt. Also, das ist für mich schon ein Zugang, dass ich sag, mit den Bedingungen ist es halt einfach so passiert."

Anmerkungen

1 Das Gespräch wurde am 17.2.2010 im Historischen Archiv des Psychiatrischen Krankenhauses in Hall geführt.

Benedikt Sauer

Die Psychiatriereform in Südtirol

Gespräch mit Otto Saurer, dem langjährigen Landesrat für Gesundheit und Soziales

„Sage mir, wie Du Dich zu psychisch erkrankten Menschen verhältst, und ich sage Dir wer Du bist!“ Mit diesem Bekenntnis erklärt Südtirols ehemaliger Landesrat Otto Saurer seine eingehende Beschäftigung mit der Psychiatrie und deren Geschichte. Denn, ergänzt er, *„hier geht es um grundsätzliche Fragen des Menschseins“*. Saurer, studierter Jurist, war Exponent des linken Arbeitnehmerflügels der Südtiroler Volkspartei (SVP) und von 1984 bis 2003 politisch für den Gesundheits- und Sozialbereich verantwortlich. Er sieht sich von der 68er-Bewegung geprägt:

„Die Debatten über die Rolle der Psychiatrie in der Gesellschaft haben mich als Aktivisten der Südtiroler Hochschülerschaft sehr interessiert. Im Geist der Bewegung von 1968 sind ja auch die italienischen Psychiatrie-Reformen der 1960er und 1970er Jahre zustande gekommen.“

Zum Verständnis für die jüngere Entwicklung der Psychiatrie in Südtirol scheint es Saurer von Vorteil, auf die Zeit um 1900 zurückzublicken, ein paar historische Stationen in Erinnerung zu rufen und politische Rahmenbedingungen zu erläutern. Die Situation in Tirol vor dem Ersten Weltkrieg und in der Zwischenkriegszeit habe *„bis in die jüngste Vergangenheit Spuren hinterlassen“*, sagt Saurer, inspiriert von einer Feststellung des Berliner Psychiaters und Psychologen Rudolf Leubuscher (1822 –1861) zur gesellschaftlichen Rolle der Psychiatrie: „Mit tausend Fäden ist es [das Irrenhaus] mit den Leidenschaften, welche die Welt durch-

toben, verknüpft“ (1848). Um 1900 habe das System der psychiatrischen Betreuung im ehemaligen Kronland Tirol *„für damalige Verhältnisse nicht schlecht funktioniert“*, meint Saurer und verweist darauf, dass das (zweite) Statut für die psychiatrischen Anstalten in Tirol von 1908 sich von der nahezu zeitgleich erlassenen ersten einheitlichen italienischen Psychiatrie-Regelung, dem *„Giolitti-Gesetz“* von 1904, positiv unterschieden habe. Während das Tiroler Statut erstmals eine freiwillige Aufnahme und auch die Betreuung in Familien nach Übereinkunft mit der Anstaltsleitung gegen Entgelt ermöglicht habe, habe das *„Giolitti-Gesetz“* nur eine zwangsweise Aufnahme durch den Anstaltsleiter und das Gericht (wie in Tirol vor 1908) sowie als Folge die Entmündigung der *„Insassen“* vorgesehen. Nach 1918, nachdem das südliche Tirol zu Italien geschlagen wurde, seien auch die psychiatrische Versorgung und dabei die Aufnahme in die Anstalt von Pergine auf Grundlage dieses Gesetzes geregelt gewesen, das bis 1968 gültig blieb. Dabei hätten die Kriterien für eine Einweisung, die aufgrund von ‚Fremd- oder Selbstgefährdung’ erfolgen konnte, lange nachgewirkt: *„Die Gefährlichkeit blieb damit im Mittelpunkt der Psychiatrie. Die Ansicht, Geisteskrankheit habe etwas mit Polizei oder Gericht zu tun, blieb weit verbreitet“*, so Saurer.

Da Südtiroler PatientInnen nach 1918 von Hall nach Pergine verlegt wurden und die Anstalt in Pergine in der Folge auch bei Neuaufnahmen die einzige psychiatrische Struktur für SüdtirolerInnen war – auf Grundlage des Vertrages von 1930 zwischen der Anstalt und der 1927 gegründeten Provinz Bozen, der bis 1978 stillschweigend erneuert wurde – sei Südtirol *„psychiatrisches Ödland“* geblieben, zitiert Saurer aus der Studie zur regionalen Psychiatriegeschichte *„Gli spazi della follia“* (dt.: *„Die brennende Frage“*, 1989) von Giuseppe Pantozzi, dem langjährigen Direktor der Landesabteilung für Gesundheit. In Pergine habe es laut Pantozzi keinen Psychiater aus Bozen gegeben, keine Südtiroler Krankenpfleger, Bozen haben keine andere Aufgabe übernommen als die des Krankentransports und der Zahlung der Monatspension. Auch die für lange Zeit einzige Einrichtung in Südtirol, die 1907 eröffnete *„Besserungsanstalt“* für gefährdete und schwer erziehbare Jugendliche *„Stadlhof“* bei Pfatten, wurde von Pergine aus betreut. Nach dem Zweiten Weltkrieg, nachdem viele Südtiroler PatientInnen in der NS-Zeit aus Pergine nach Baden Württemberg *„verschleppt“* worden waren – *„die größte Tragödie in der Südtiroler Psychiatrie“* – und den Überlebenden *„aus formaljuridischen Gründen die Rückkehr erschwert wurde“*, so sie nicht vor dem 4.2.1949 um Rückoption angesucht hatten, sollten noch knapp drei Jahrzehnte vergehen, bis das Land Südtirol im Bereich Psychiatrie selbst Entscheidungen

treffen konnte. Laut erstem Autonomiestatut von 1948 waren *„für Gesundheitspflege und Spitalspflege"* nicht die Provinzen Trient und Bozen, sondern die neu gegründete Region Trentino-Tiroler Etschland zuständig. Da das politische Klima in den 1950er und 1960er Jahren zudem von heftigen Auseinandersetzungen über die Durchführung des Autonomiestatuts geprägt war und die SVP 1957 aus Protest gar aus der Regionalregierung austrat, sei, so Saurer, in vielen Bereichen eine politische Lähmung eingetreten. Erst 1972, mit dem zweiten Autonomiestatut habe das Land Südtirol politische, gesetzgebende Zuständigkeit für die Gesundheit und Krankenhausfürsorge und damit auch für die Psychiatrie im Rahmen der staatlichen Gesetzgebung erhalten.

Neubau einer Anstalt in den 1960er Jahren

Wenige Jahre vor Inkrafttreten des zweiten Autonomiestatuts war entschieden worden, auch in Südtirol eigene Strukturen zu schaffen. Geplant wurde allerdings eine psychiatrische Anstalt. Von 1966 bis 1974 wurde das Projekt für einen Neubau in Bozen erstellt. Damit fielen die Südtiroler Planungen für eine Anstalt in eine Zeit, als sich italienweit die Debatten über die Sinnhaftigkeit von psychiatrischen Anstalten und die Kritik daran gerade intensivierten. 1968 mündeten diese Diskussionen zunächst im ersten Reformgesetz („Mariotti"), mit dem 60 Jahre nach Giolitti eine freiwillige Aufnahme ermöglicht und eine Territorialisierung der Betreuung durch „Zentren für geistige Hygiene" (später „Zentren für geistige bzw. psychische Gesundheit") vorgesehen wurde. Entscheidend für die Abschaffung des „Giolitti-Gesetzes" und die ersten italienischen Reformen hält Saurer ein Urteil des Verfassungsgerichtes von 1968: Die Möglichkeit einer Einweisung in Anstalten ohne Hinzuziehung eines Verteidigers sei damit unterbunden worden, eine Konsequenz aus der Tatsache, dass *„der Begriff der Freiheit wie ein roter Faden die republikanische Verfassung von 1948 durchzieht"*. In der Folge sah ein nächster *„innovativer"* Reformschritt von Gesundheitsminister Camillo Ripamonti (1969–70) die Betreuung durch ein multidisziplinäres Team außerhalb und innerhalb der psychiatrischen Kliniken vor: ein *„Vorläufer der Basaglia-Reform",* meint Saurer.

Angesichts dieser Entwicklung und der neuen autonomen Zuständigkeiten kam es in Südtirol Anfang der 1970er Jahre zur Gründung einer neuen Arbeitsgruppe, die sich nun vor allem mit der Ausarbeitung eines Landesgesetzes befass-

te. Dieses, das 1976 verabschiedet wurde, hält Saurer für *„bahnbrechend“,* da es auch in Südtirol *„die Errichtung von Zentren für geistige Gesundheit vorsah“* und *„die Grundlage bildete für eine gemeindenahe und patientenfreundliche Betreuung nach dem Grundsatz ‚ambulant vor stationär'. Das war ein Paradigmenwechsel.“* Der Trend sei dann durch *„die radikale Kritik des Psychiaters Franco Basaglia entscheidend verstärkt“* worden, *„der die Anstalten abschaffen wollte, weil er sie als Herrschaftsinstrument sah“.* Dabei dürfe nicht übersehen werden, meint der frühere Landesrat, dass erst der Druck der bereits eingeleiteten Volksbefragung 1978, in der Zeit des historischen Kompromisses zwischen Christdemokraten und Kommunisten, zum *„eilig beschlossenen“ „Basaglia-Gesetz“* geführt habe, das psychisch Kranken erstmals ein Recht auf Gleichbehandlung mit physisch Kranken und auf eine Behandlung im öffentlichen Krankenhaus einräumte. Für den mittlerweile begonnenen Neubau der Anstalt in Bozen hatte dies zur Konsequenz, dass nach einer *„Nachdenkpause“* eine Neukonzeptionierung und Umgestaltung ins Auge zu fassen war. Die Psychiatriereform vom Mai 1978 habe, so Saurer,

„den Weg geöffnet für eine grundlegende strukturelle und kulturelle Veränderung bei der Betreuung psychisch Kranker. Es kam nicht nur zur Schwerpunktverlagerung weg von den Anstalten, sondern auch hin zu offenen territorialen Betreuungsformen und weniger stationären Klinikaufenthalten.“

Zu beachten sei, dass die Psychiatriereform einherging mit der großen italienischen Gesundheitsreform vom Dezember 1978. Nach britischem Vorbild wurde ein einheitlicher öffentlicher Gesundheitsdienst geschaffen, mit dem Ziel, der gesamten Bevölkerung unabhängig von Einkommen und sozialem Status eine bestmögliche Versorgung zukommen zu lassen: *„eine Revolution“.* Unter anderem wurden dabei die zahlreichen Krankenkassen und andere Körperschaften im Gesundheitsbereich abgeschafft. In Südtirol wurden die Zuständigkeiten vier regionalen Sanitätseinheiten (Mitte-Süd, West, Nord, Ost), dann ab 1992 vier *„Santitätsbetrieben“* und 2007 einem Sanitätsbetrieb mit vier Gesundheitsbezirken (Bozen, Meran, Brixen, Bruneck) übertragen.

1984: „Die See war noch stürmisch"

„Als ich also 1984 mein Amt als Landesrat für Gesundheit und Soziales antrat, da war das Terrain politisch und wissenschaftlich bereitet", so Saurer. *„Allerdings war die See noch stürmisch".* Teile der Ärzteschaft, der veröffentlichten Meinung und politische Kräfte *„äußerten unüberhörbar Kritik an der Psychiatriereform. Andererseits forderten aufgeschlossene Psychiater deren rasche Umsetzung."* Auf staatlicher Ebene habe er, etwa bei Treffen der zuständigen Regionalassessoren, *„eine große Aufbruchstimmung wahrgenommen".* Er sei, sagt Saurer, damals überzeugt gewesen, dass es vor allem darum gehe, einen *„Geisteswandel"* in der Südtiroler Gesellschaft herbeizuführen, *„ohne den eine Resozialisierung und Integration von psychisch Kranken kaum gelingen"* würde.

Da in Südtirol keine psychiatrische Anstalt vorhanden war, die aufgrund der *„Basaglia-Reform"* zu schließen gewesen wäre, und das Land nun Zuständigkeiten für Gesundheitspolitik hatte, *„erleichterte dies einerseits den Neustart, andererseits fehlte ärztliches wie auch nichtärztliches Personal und dementsprechend ein umfassendes territoriales Betreuungsnetz".* Aufbauarbeit habe seit Anfang der 1970er Jahre der aus Bruneck stammende Innsbrucker Universitätspsychiater Hartmann Hinterhuber mit seinen Mitarbeitern geleistet, durch Gründung der ersten psychiatrischen Ambulatorien in Bruneck und Brixen. Hinterhuber und Saurer kannten sich näher aus ihrer gemeinsamen Tätigkeit im Vorstand der Hochschülerschaft, deren Präsident Saurer 1966/67 war. *„Sicherlich hat diese Bekanntschaft aus der Studienzeit auch für die späteren beruflichen Kontakte eine Rolle gespielt"*, sagt der ehemalige Landesrat. Später, Mitte der 1990er Jahre, legte Hinterhuber dann auch ein Konzept zur psychiatrischen Versorgung in Südtirol vor, das als eine Grundlage für den Landespsychiatrieplan 1996-2002 diente, der unter Koordination von Hugo und Günther Staffler erarbeitet wurde. Die Universitätsklinik Innsbruck nahm all die Jahre auch Südtiroler PatientInnen auf und ermöglichte, so wie andere Universitäten in Mitteleuropa, auf Grundlage eines Abkommens mit dem Land Südtirol die Facharztausbildung. Für die Ausbildung nichtärztlichen Personals wurde 1993 die Fachhochschule für Gesundheitsberufe *„Claudiana"* in Bozen gegründet. Wichtiger Partner sei all die Jahre auch das psychiatrische Zentrum in Triest gewesen. *„Wir fuhren zweimal nach Triest, 1986 und 1989, zu ausführlichen Gesprächen mit dem Nachfolger von Franco Basaglia, dessen früheren Mitarbeiter Franco Rotelli. Wir waren vom Klima und den Strukturen beeindruckt."*

Zu Beginn seines Amtsantritts, Mitte der 1980er Jahre, galt es, so Saurer, das zuerst als Anstalt und dann als Schwerpunkt-Psychiatrie für Südtirol geplante Krankenhaus in Bozen-Moritzing, das sich kurz vor der Fertigstellung befand, in das neue allgemeine Krankenhaus und das aufzubauende territoriale psychiatrische Betreuungsnetz zu integrieren. Die Reform sah ja nur noch psychiatrische Abteilungen innerhalb eines Krankenhauses mit höchstens 15 Betten vor und ein Netzwerk sozialpsychiatrischer Einrichtungen. In Bozen entstanden dann zwei Abteilungen mit 24 Akutbetten und sechs für ein Day-Hospital. Die endgültige Übersiedlung in ein neues Gebäude erfolgte 1991.

Die politischen Zuständigkeiten in der Landesregierung waren in den 1980er Jahren noch gesplittet: in erster Linie, so Saurer, als Folge einer auch ethnisch begründeten Aufgabenzuteilung für deutschsprachige und italienische Landesräte. Für einzelne Bereiche der Gesundheits- und Sozialpolitik war außer Saurer auch der italienische Kollege Remo Ferretti zuständig. Weil Ferretti auch Landesrat für Handel war, sei die Psychiatrie zwar politisch dem Assessorat für Handel, italienische Schule und Kultur sowie Soziales unterstellt gewesen. Allerdings habe diese Zuteilung für die organisatorische Praxis kaum Bedeutung gehabt. Denn die gesamte Gesundheits- und Sozialpolitik wurde in derselben Landesabteilung VIII koordiniert: *„Und diese Abteilung wurde von Giuseppe Pantozzi geleitet, von jemandem, der über umfangreiches Fachwissen vor allem im Bereich der Psychiatrie verfügte“*. 1987 erfolgte eine Neuordnung: Saurer, der die Psychiatrie bereits in den Gesundheitsplan integrieren hatte lassen, übernahm die Zuständigkeiten auch für Gesundheitsbauten, dann formell auch jene für die Psychiatrie.

Umsetzung der Reform und des Psychiatrieplans

Widerstände bei der Umsetzung der Gesundheitsreform und in deren Rahmen der Psychiatriereform hätten sich bei der *„Territorialisierung der Dienste“* bemerkbar gemacht. Teile der Ärzteschaft und auch der Bevölkerung seien vor allem auf das Krankenhaus hin orientiert gewesen.

„Unsere Priorität lag hingegen am Auf- und Ausbau der Sprengel, mit dem Ziel, auf dem Territorium neben und in den letztlich 20 Sprengeln und 14 Sprengelstützpunkten auch diverse Fachdienste anzusiedeln: z.B. die Dienste für öffentliche Gesundheit und Hygiene, für Arbeitsmedizin, Sportmedizin, den tierärztlichen

Dienst, den Dienst für Psychologie oder für Abhängigkeitserkrankungen – und für eine ambulante Betreuung zu sorgen.“

Verständnis habe es in Fachkreisen für die Bündelung von Prävention, Behandlung und Rehabilitation im Bereich der Psychiatrie gegeben. *„Schwieriger war es angesichts der Heterogenität innerhalb des Faches zwischen Sozialpsychiatrie, Psychotherapie, biologisch-pharmakologischer Ausrichtung ausgleichend zu wirken. Da war die Politik gefordert“,* sagt Saurer. 1992 entschied sich der Landesrat, die Sozialdienste in das Betreuungsnetz psychisch Kranker einzubinden, diesen die Führung sozialer Einrichtungen für psychisch Kranke zu übertragen. Von Fachärzten gab es dafür Kritik. *„Ich war hingegen überzeugt, dass es wichtig sei, über die Sozialdienste die Gemeinden und damit die Bevölkerung vor Ort einzubinden, um eine Änderung bei Einstellungen zu bewirken und ein Klima der Kooperation zu schaffen.“*

Als besondere Herausforderung bezeichnet Saurer die Suche nach einem Standort für eine Reha-Einrichtung als Alternative zum „Stadlhof“ bei Pfatten. Anfangs plante Saurer diese weitgehend noch als Anstalt geführte Einrichtung unter Leitung des Psychiaters Bruno Frick, mit einer Aufnahmekapazität für 150 Personen, zu einer sozialpsychiatrischen Einrichtung umzufunktionieren. Die abgelegene Lage und die Notwendigkeit einer großen baulichen Umstrukturierung ließen den Landesrat aber vom Plan abrücken. *„Die Suche nach einem alternativen Standort erwies sich aber als äußerst schwierig“,* so Saurer. Nach der Ablehnung durch die Bevölkerung in Tisens/Prissian (1992) stimmten auch in Branzoll 80 Prozent dagegen, in Neumarkt war der Bürgermeister gegen eine Unterbringung im Kapuzinerkloster, obwohl der Orden und der Pfarrgemeinderat zugestimmt hatten. In Salurn willigte der Bürgermeister schließlich ein, verlor dann aber die nächste Wahl: 2003 konnte dort die psychiatrische Reha-Einrichtung „Gelmini“ bezogen werden, nachdem zuvor 1999 die verbliebenen 29 Patienten von „Stadlhof“ in den „Grieserhof“ in Bozen übersiedelt waren.

Saurer betont, dass für die Umsetzung der Reformschritte der kontinuierliche Kontakt zu ehrenamtlich Tätigen, dabei insbesondere zum 1989 gegründeten „Verband Angehöriger und Freunde psychisch Kranker“ und dessen langjähriger Präsidentin Edith Bertol Crocchiola *„sehr wertvoll“* gewesen sei. Der Landesrat ist überzeugt, dass die Arbeit des Angehörigen-Verbandes, die *„Standhaftigkeit der Landesregierung“*, die *„Unterstützung kirchlicher Stellen“* und *„der Einsatz jüngerer Psychiater“* dazu geführt hätten, dass trotz anhaltender Vorurteile und

Stigmatisierung *„ein Geisteswandel eintrat"*. Der Landespsychiatrieplan 1996 – 2002 sei bis zu seinem Ausscheiden als Gesundheitslandesrat 2003 großteils umgesetzt worden, so Saurer. Heute besteht das Betreuungsnetz aus acht Zentren für psychische Gesundheit, vier Krankenhausabteilungen mit insgesamt 61 Betten, vier Day-Night-Hospitals mit 15 Betten, drei Reha-Einrichtungen für Menschen mit erhöhtem Betreuungsbedarf, sieben Wohnheimen, 12 Wohngemeinschaften, sechs Tagesstätten, fünf Treffpunkten sowie 15 Einrichtungen zur Arbeitsintegration. Otto Saurer ist der Ansicht, dass die Veränderung vor allem deshalb gelungen sei, *„weil wir den Beweis liefern konnten, dass auch kleine Strukturen in entlegenen Orten, auch Wohngemeinschaften in kleineren Dörfern funktionieren: Dass dabei niemand zu Schaden kommt."*

Ausblickend sieht er 2011 Bedarf bei der Prävention, bei der Versorgung jener chronisch Kranken, die in Pflegeheimen keine angemessene Betreuung finden, und die Notwendigkeit eines Hochschulinstituts in Kooperation mit nahen Partner-Universitäten.

Dr. Otto Saurer, geboren 1943 in Prad, wohnt in Bozen. Studium der Rechtswissenschaft in Innsbruck und Padua, 1966 und 1967 Vorsitzender der Südtiroler Hochschülerschaft, Direktor des Instituts für geförderten Wohnbau, 1969 –1974 Gemeinderat von Prad, Gründungsmitglied der SVP-Arbeitnehmer 1973, ab 1983 Landtagsabgeordneter, von 1984 bis 2003 Landesrat für Gesundheits- und Sozialwesen, zudem bis 1998 für Berufsbildung, von 2003 bis 2008 Landesrat für die deutsche Schule, Berufsbildung und Universität, ab 1989 Landeshauptmannstellvertreter, seit 2008 Pensionist.

Benedikt Sauer

Die Innsbrucker akademische Sozialpsychiatrie und ihre Bedeutung für die Psychiatriereform in Tirol und Südtirol

Gespräch mit Hartmann Hinterhuber, Vorstand der Universitätsklinik für Allgemeine Psychiatrie und Sozialpsychiatrie in Innsbruck

Zu einer *„faszinierenden Wissenschaft"* habe sich die Psychiatrie in den vergangenen 100 Jahren entwickelt, sagt der Vorstand der Innsbrucker Universitätsklinik für Allgemeine Psychiatrie und Sozialpsychiatrie, Hartmann Hinterhuber. Seit 1985 leitet Hinterhuber die Innsbrucker Psychiatrie, die 1891 als Psychiatrisch-Neurologische Universitätsklinik, als dritte in Österreich gegründet, 1974 in zwei Kliniken (Neurologie und Psychiatrie) geteilt wurde und sich in den letzten Jahren institutionell weiter ausdifferenziert hat. Das heutige Department für Psychiatrie und Psychotherapie vereint vier Kliniken (Allgemeine Psychiatrie, Biologische Psychiatrie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie) und eine Abteilung für experimentelle Psychiatrie. *„Der Psychiatrie ist es gelungen, Forschungsergebnisse verschiedener Disziplinen aufzunehmen: der Neurowissenschaften, Psychologie, Soziologie oder der Kulturwissenschaften. Das Fach trägt damit der psychischen Vielschichtigkeit der Menschen Rechnung",* so Hinterhuber.

Zwei *„Schlüsselfiguren"* hält Hinterhuber für die Entwicklung der Disziplin für nachhaltig einflussreich: zum einen den Psychiater und Internisten Wilhelm Griesinger (1817–1868), einen der Begründer der akademischen Psychiatrie, der *„zu Unrecht auf den Satz reduziert wird: ‚Alle psychischen Erkrankungen sind Hirnerkrankungen'",* denn Griesinger habe *„durch Kontakte zu Vertretern der Psychologie auch die Kindheitsentwicklung berücksichtigt."* Und er habe *„auch*

schon Ideen angedacht, die für die Sozialpsychiatrie große Relevanz besitzen und gemeinhin auf Franco Basaglia zurückgeführt werden." Die zweite Schüsselfigur sei Emil Kraepelin (1856–1926), dessen Bedeutung *„vor allem in der wissenschaftlichen Fundierung der Psychiatrie als Naturwissenschaft liegt, der aber auch psychologische und kulturelle Einflüsse sah, die den Menschen in Gesundheit und Krankheit prägen."*

„Fortschritte der wissenschaftlichen Psychiatrie"

Hinterhuber sieht es als eine der großen Errungenschaften, *„dass sich Psychiater und Psychotherapeuten heute nicht mehr auf eine Schule berufen"*, und damit *„unproduktive Schulenstreitigkeiten vermieden"* würden. Es sei vielmehr gelungen, *„psychische Störungsfelder"* auszumachen und jeweils entsprechende Therapien zu entwickeln:

„Man weiß heute, für welche psychiatrischen Erkrankungen diese oder jene Medikamente angezeigt sind, wann übende Verfahren wie die Verhaltenstherapie geeignet sind – etwa zur Behandlung von Phobien – oder *„bei neurotischen Erkrankungen psychoanalytische Therapien indiziert sind."*

Es sei ein großer Fortschritt, *„dass die einzelnen Schulen ihren Ausschließlichkeitsanspruch weitgehend zurückgestellt haben." „Spannend"* seien die Ergebnisse neurowissenschaftlicher Forschungen: *„Wir wissen, was sich im Gehirn verändert, wenn wir über ein angenehmes Thema sprechen oder im Rahmen einer Depression über Probleme grübeln. Wir wissen aus der biochemischen Forschung, wie sich bioelektrische Signale in biochemische umformen"*. Beispielhaft verweist Hinterhuber zudem auf die *„Bindungsforschung: Daher wissen wir, wie sich der Verlust einer Bezugsperson auswirken kann, oder, aus der Psychosomatik, wie Stress auf unser Immunsystem wirken kann oder Traumatisierungen auch somatisches Leiden auslösen können.* Außerdem würden seit langem soziale Einflüsse berücksichtigt, die, betont Hinterhuber, *„ja auch in der deutschen Psychiatrie niemals negiert worden sind"*.

Speziell bei biologischen Interventionsformen habe der Erkenntnisfortschritt, zu *„sensationellen Therapieerfolgen unseres Faches"* geführt, wie Hinterhuber auch in einem Aufsatz (2007) zur Psychiatrie-Entwicklung ausführte. Explizit

verweist der Psychiater auf die Entdeckungen des ersten Antidepressivums Imipramin durch Roland Kuhn 1956, die Beschreibung der Wirkung von Benzodiazepinen als Tranquilizer (wie etwa Valium) durch Leo Sternbach ab 1960 oder die Entwicklung von Chloropromazin, des ersten Neuroleptikums, durch Jean Delay und Pierre Deniker 1952. *„Dadurch wurde eines der interessantesten Kapitel der Therapieentwicklung eingeleitet: Daran nahm die Innsbrucker Klinik regen Anteil"*.

Den *„ersten Paradigmenwechsel"* gab es laut Hinterhuber 1938, als der italienische Psychiater Ugo Cerletti seine Studie über die Wirkung der Elektrokonvulsionstherapie präsentierte, *„womit Zustände, die als unheilbar galten, therapierbar wurden*." Cerletti – der seine Forschungen 1946 auch in Innsbruck, auf Einladung des Klinik-Vorstandes Hubert Urban, und damit erstmals im Ausland, präsentierte – habe die Anwendung *„schon auf depressive und schizophrene Erkrankungen beschränkt gesehen"*.

Wenig verändert habe sich die Häufigkeit von Krankheitsbildern: *„Neue haben sich kaum entwickelt, wenngleich die pharmazeutische Industrie für ein neu entwickeltes Medikament oft gern eine neue Erkrankung propagieren würde."* Einige Veränderungen sind dem Klinik-Vorstand erwähnenswert. Essstörungen hätten deutlich zugenommen. Auffällig sei auch die Zunahme psychiatrischer Erkrankungen von Kindern- und Jugendlichen. Bei den jüngeren Menschen sei in letzter Zeit *„eine emotionale Verwahrlosung mit zunehmender Aggressivität festzustellen."* Interessant zu beobachten sei auch im Bereich von Wahnerkrankungen, wie sich Wahnvorstellungen verändert hätten: *„Vorstellungen aus dem religiösen Bereich nehmen ab, Erklärungen aus dem Bereich der Technik auffällig zu."* Nicht mehr die Jungfrau Maria würde mit ihrer Stimme die Gedanken steuern, sondern ein heimlich eingepflanzter Chip erteile Befehle und kontrolliere die Gedankenwelt. *„Schon Emil Kraepelin wusste, dass Wahnwelten kulturell bestimmt sind"*, sagt Hinterhuber.

Reformkonzepte für Tirol und Südtirol

Eine wesentliche Veränderung in jüngerer Zeit betreffe das Selbstverständnis von Klinikpsychiatern: *„Ich bin zutiefst überzeugt, dass die Verantwortungsbereiche der Universitätspsychiatrie nicht an der Kliniktür enden, sondern in den außer-*

stationären Bereich hineinreichen. Die Begleitung der Patienten auf dem weiteren Lebensweg ist verpflichtende Aufgabe". Hinterhuber erinnert an die Gründung der „Gesellschaft für Psychische Hygiene Tirol" 1975 (heute: Gesellschaft für Psychische Gesundheit, GPG), die er als Oberarzt unter Vorstand Kornelius Kryspin-Exner mit dem Ziel mitbetrieb, *„psychiatrische Einrichtungen zu entwickeln und sozialpsychiatrische Strukturen aufzubauen"*. 1985 übernahm er als Nachfolger von Kryspin-Exner die Leitung der GPG. In der Folge entstanden allmählich in den Tiroler Bezirken Beratungsstellen, Übergangswohnheime, Wohngemeinschaften und Berufstrainingszentren. Laut Hinterhuber sei *„das Bundesland Tirol bald an die Spitze der Reformbewegung in Österreich"* gerückt.

Wie schwierig es aber war, das Vorhaben in größerem Umfang umzusetzen, zeigt eine Zwischenbilanz, die Hinterhuber als Präsident der GPG 1990 anlässlich des 15-jährigen Bestehens zog: *„Vor dem Hintergrund des in einigen Ländern bereits erreichten hohen Niveaus ist es beschämend, daß die gesundheitliche, soziale, materielle und berufliche Lage von Hunderten von psychisch Kranken auch in unserem Land noch immer als katastrophal bezeichnet werden muss."*

Ein Jahr nach dieser Bilanz trat 1991 das österreichische Unterbringungsgesetz (UbG) in Kraft, das den Aufenthalt in psychiatrischen Kliniken restriktiver regelte und eine schrittweise Ausgliederung von LangzeitpatientInnen ermöglichte. 1992 konnte Hinterhuber mit seinem Kollegen Ullrich Meise Gesundheitslandesrat Walter Hengl (SPÖ) von der Notwendigkeit eines Reformpapieres für die psychiatrische Versorgung überzeugen: Der „Psychiatrieplan Tirol", der vorrangig eine Regionalisierung der Dienste zum Ziel hatte, wurde 1995 verabschiedet, laut Hinterhuber war es *„das erste einschlägige psychiatrische Konzeptpapier eines Bundeslandes."*

Nach zehn Jahren, 2005, wurde vom Amt für Gesundheitsplanung sowie 2007 von Ullrich Meise und dem Psychiatriekoordinator des Landes Karl Stieg Resümee gezogen: Das Bild der psychiatrischen Landschaft hatte sich nach dem Abbau von Klinik-Betten, dem landesweiten Aufbau von Psychosozialen Diensten und Tagesstrukturen sowie der Schaffung von örtlichen Wohnangeboten und Arbeitsmöglichkeiten deutlich verändert. Laut Hinterhuber war *„das sozialpsychiatrische Engagement der Univ.-Klinik für Allgemeine Psychiatrie der Motor dieser Entwicklung."* Auffällig ist die Reduktion von psychiatrischen Klinikbetten zwischen 1995 und 2005. Diese sank um knapp 200 Plätze, von landesweit 648 auf 454 (inklusive 46 Tagesbetten). Im Vergleich zu 1989 betrug die Reduktion

gar rund 50 Prozent, ca. 500 Plätze. *„Beeindruckend"*, so Hinterhuber sei die *„erfolgreiche Enthospitalisierung"* im Psychiatrischen Krankenhaus Hall. Die Zahl der Betten sank hier von 503 (1995) auf 261. An der Psychiatrie in Innsbruck blieb die Bettenzahl nahezu unverändert bei 160 im Vergleich zu 145 Plätzen zehn Jahre zuvor. Dezentral wurden neue Psychiatrische Abteilungen eröffnet: 1999 in Kufstein eine Station mit 25 und eine Tagesklinik mit acht Plätzen, Ende 2009 in Lienz eine Station mit 25 Behandlungsplätzen und einer Tagesklinik im Jahr darauf. Die Psychiatrische Abteilung in Zams wird neu errichtet.

Entsprechend der erwähnten Ausdifferenzierung des Faches wurden an der Klinik in Innsbruck Fachbereiche eingerichtet: für depressive und psychotische Störungen, psychiatrische Erkrankungen des Alters, Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie für psychosomatisch Kranke und für Alkohol- und Medikamentenabhängige errichtet. In ganz Tirol standen 2005 von den insgesamt 454 Klinik-Betten 205 für „Spezialversorgungsbereiche" zur Verfügung.

Im Bereich der Spitzenmedizin zählt auch Südtirol bis heute zum Einzugsgebiet der Universitätskliniken Innsbruck. In der Basisversorgung besteht kein Versorgungsauftrag mehr. In diesem Zusammenhang weist Hinterhuber jedoch auf die in Südtirol immer noch fehlende „Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters" hin: Die Innsbrucker Kinderpsychiatrie bemüht sich auch weiterhin um betroffene Kinder und Jugendliche aus Südtirol. Auch würde Südtirol gerontopsychiatrische Strukturen dringend benötigen, meint Hinterhuber.

Noch Anfang der 1990er Jahre nahmen die Universitätskliniken und das *Landesnervenkrankenhaus „eine wesentliche Rolle für die psychiatrische Basisversorgung Südtirols ein"*, wie Hinterhuber damals feststellte. Als 1991 das UbG in Kraft trat, befanden sich 277 Patienten, vorwiegend Akutkranke, aus Südtirol in Tiroler Kliniken, *„weil in der Provinz Bozen psychiatrische Betreuungsstrukturen weitestgehend fehlten."* Hinterhuber selbst war seit den 1970er Jahren auch in Südtirol als Arzt und gesundheitspolitisch beratend tätig, eine Aktivität, die mit seiner Herkunft aus Bruneck zusammenhängt: *„Ich reagierte auf die extreme Not psychisch Kranker, für die in Südtirol keine Hilfsangebote bestanden."* 1972 übernahm er die Führung der ersten psychiatrischen Ambulatorien Südtirols in Bruneck und Brixen, 14-tägig tat er mit einigen Krankenschwestern und SozialassistentInnen an Wochenenden Dienst,

„der aber mit beträchtlichen Hürden begleitet war: Da die italienische Krankenkasse damals die Kosten für Psychopharmaka nicht übernahm, entschied sich das Land, selbst eine Apotheke zu führen. Eine Krankenschwester verteilte an den Beratungsstellen die verschriebenen Medikamente. Allein wir in der östlichen Landeshälfte haben in den ersten Jahren mehr als tausend Patienten und Patientinnen versorgt. Ein zweiter Psychiater, Ugo Curró-Dossi, arbeitete in der südlichen und westlichen Landeshälfte. So haben wir zu zweit ganz Südtirol betreut",

erzählt Hinterhuber. Er erinnert in diesem Zusammenhang an den Vater seines damaligen Kollegen, Emilio Dossi, Primar von Pergine von 1947 bis 1969, der um 1950 PatientInnen nach ihrer Entlassung aus der Trentiner Anstalt an ihren Wohnorten in Südtirol besucht habe, um sie weiter zu betreuen. Dossi habe auch die Errichtung von Nachsorgeambulatorien in Südtirol vorangetrieben, *„aber diese europaweit einmalige Initiative stieß nicht auf die nötige politische Unterstützung."* 1970, kurz bevor Hinterhuber und Curró-Dossi mit ihren Teams die Betreuungen in Ambulatorien begannen, befanden sich in der Anstalt Pergine 377 Patienten aus Südtirol, *„aber der Prozentsatz der Patienten aus dem Trentino war deutlich höher."* Es gelang den Mitarbeitern die Zahl der Langzeitpatienten sukzessive zu reduzieren, für Kurzzeitaufnahmen standen die Tiroler Kliniken zur Verfügung. Für Südtirol lag seit 1976, *„vor Inkrafttreten des Basaglia-Gesetzes"*, ein „Landesgesetz für die psychische Gesundheit" zur Errichtung klinischer und territorial-sozialpsychiatrischer Strukturen vor. Doch noch 1986 bezeichnete Hinterhuber die Versorgungslage als *„gravierende Notsituation"*. Ein weiteres Jahrzehnt danach, 1994, legten Hinterhuber und Ullrich Meise auch ein Südtiroler Psychiatriekonzept vor, das als eine Grundlage für den Landespsychiatrieplan 1996–2002 diente. Sieben Jahre nach dem ins Auge gefassten Zeithorizont, im Jahr 2009, galt dieser zu 80 Prozent als verwirklicht.

Die Beschäftigung mit der NS-Zeit

Mitte der 1990er Jahre kam es auch zu einer eingehenderen Befassung mit der jüngeren geschichtlichen Entwicklung, vor allem mit den Gräueln der NS-Zeit. Nach einer ersten Arbeit zu den Folgen der NS-Euthanasie für SüdtirolerInnen durch Leopold Steurer 1982 wurde 1995 in Bozen eine Tagung zur „Deportation und Vernichtung psychisch Kranker" vom Angehörigen-Verband organisiert.

Im selben Jahr legte auch Hinterhuber eine psychiatriehistorische Arbeit zu den „nationalsozialistische(n) Verbrechen an psychisch Kranken und Behinderten in Nord- und Südtirol“ vor, die erstmals die Deportation von Tiroler Patienten in die NS-Vernichtungsanstalten sowie das Schicksal der deutschsprachigen Kranken aus Pergine in den Blick nahm. Als Folge dieser Publikation wurde 1997 am Innsbrucker Klinikareal auf Anregung von Bischof Reinhold Stecher das Denkmal „Wider das Vergessen“ vom Zeichner Oswald Tschirtner, Mitglied der Künstlergemeinschaft in Gugging, errichtet. *„Es waren wohl zum einen die schauderhaften Erzählungen über das Verschwinden von Bekannten in der NS-Zeit, von denen meine Eltern berichtet haben“*, die ihn zu diesen Studien sensibilisiert hätten, so Hinterhuber. Auch sei er in den frühen 1970er Jahren, als er sich mit 160 Biografien von Schizophrenie-Erkrankten befasste, auf die massenhaften Tötungen in der NS-Zeit gestoßen: *„Es war die bedrückende Realität des Verschweigens, Verdrängens, Nicht-Wahrhaben-Wollens, die mich zu dieser Arbeit motiviert haben“*.

Dass von jenen Südtirolern, die 1940 ungefragt aufgrund der „Option“ von Pergine in die Anstalten Zwiefalten, Weissenau und Schussenried transportiert wurden, *„nur die Hälfte die NS-Zeit überlebten, das erfuhr ich, als in den 1970er Jahren die Pflegeleitung von Schussenried bei mir anfragte, ob ich bereit wäre, Südtiroler Patienten bei den ‚Heimholaktionen' zu unterstützen.“* 1974 waren in Schussenried und Zwiefalten von ursprünglich 471 PatientInnen noch 37 am Leben. Hinterhuber berichtet, dass es auf die von ihm unterstützten Bemühungen um Repatriierung, *„unterschiedliche, grossteils aber abweisende Reaktionen“* gegeben habe, *„nicht nur bei Verwandten der Patienten, sondern bis zu den höchsten Stellen. Grundtenor war: ‚Wir haben andere Sorgen'.“* Beispielhaft erinnert Hinterhuber an Josef (Pepi) Demetz aus St. Ulrich in Gröden, der wegen epileptischer Anfälle in Pergine behandelt worden war, 23-jährig nach Zweifalten deportiert wurde und nach mehr als 30 Jahren erstmals seine Schwester in Südtirol wiedersah. Rückkehren konnte er zu Lebzeiten nicht, wohl wünschte er neben seiner Mutter in St. Ulrich begraben zu werden. Der Bürgermeister von St. Ulrich wollte nur ein Urnengrab genehmigen, was Demetz verabscheute, *„da er die Berichte über die Einäscherung der in der NS-Zeit ermordeten Patienten kannte“*, so Hinterhuber. Demetz starb 1998, wurde in Zwiefalten beerdigt, Jahre später gelang es seinen Leichnam nach St. Ulrich zu überführen. Bei einer Gedenkfeier 2004 für Demetz und die anderen deportierten psychisch Kranken erinnerte Hinterhuber an das verdrängte Unrecht, sowie an die *„nach wie vor 50 Südtiroler in der Klinik Pergine lebenden, zuhause aber vergessenen Kranken.“* Hinterhuber betont: *„Die*

Darstellung des Grauens gewinnt nur dann einen tieferen Sinn, wenn gleichzeitig Weichen für eine bessere Zukunft gestellt werden können, die ein Mehr an Menschlichkeit beinhaltet.“

Prof. Hartmann Hinterhuber, geb. 1942 in Bruneck, Medizinstudium in Innsbruck und Padua. Facharztausbildung in Bologna. Habilitation 1982. Seit 1985 Vorstand der Universitätsklinik für Psychiatrie in Innsbruck (heute: für Allgemeine Psychiatrie und Sozialpsychiatrie). 1975 Mitbegründer der „Gesellschaft für Psychische Gesundheit“ Tirol, seit 1985 Präsident. Publizierte u.a. „Die Seele. Natur- und Kulturgeschichte von Psyche, Geist und Bewusstsein, 2001; „Ermordet und Vergessen. Nationalsozialistische Verbrechen an psychisch Kranken in Nord- und Südtirol“, 1995; „Psychiatrie im Aufbruch“ 1993 mit Beiträgen u.a. von Viktor Frankl; mit W. Fleischhacker „Lehrbuch der Psychiatrie“, 1997 (2. Auflage 2011); mit Manfred Scheuer und Paul van Heyster „Der Mensch in seiner Klage. Anmerkungen aus Theologie und Psychiatrie“, 2006. Über 500 wissenschaftliche Arbeiten. Von 1999 bis 2003 war Prof. Hinterhuber Vizedekan der Medizinischen Fakultät. Durch zwei Perioden war er auch Mitglied der nationalen österreichischen Bioethikkommission.

Benedikt Sauer

Hall: Der Wandel der großen Anstalt

Gespräch mit Christian Haring, Primar an der Psychiatrie des Landeskrankenhauses Hall

„Hall“, der Name der Kleinstadt, wird nach wie vor als Synonym für die dortige Psychiatrische Klinik verwendet, aber auch für das ‚Irresein’. Dabei hat sich die Klinik selbst mit ihrem großen Areal grundlegend verändert, wenn auch vergleichsweise spät. Die bis in die 1990er Jahre weitgehend geschlossene Anstalt wurde nach und nach geöffnet und verkleinert und präsentiert sich heute als Krankenhaus mit Spezialeinrichtungen, in dem auch über die jüngere Vergangenheit reflektiert wird.

Der Bruch, *„die Blockade“* durch die Zeit des Nationalsozialismus ist in den Augen von Christian Haring, Primar am Psychiatrischen Krankenhaus in Hall und in den Jahren 2011 und 2012 Vorsitzender der Österreichischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, der nachhaltigste Einschnitt in der Entwicklung der Psychiatrie in Österreich im 20. Jahrhundert:

„Als sich Mitte der 1990er Jahre zur Eröffnung der Psychotherapiestation an der Psychiatrie in Hall Vertreter verschiedener psychotherapeutischer Schulen zu einer Tagung einfanden, gab es am Ende des Symposiums Konsens darüber, dass wir im Grunde dort weitermachen, wo 60 Jahre vorher, in den 1930er Jahren, in Österreich aufgehört worden ist.“

Haring erinnert daran, dass *„fast die gesamte Wiener Psychoanalytische Gesellschaft“*, mit Sigmund Freud und Alfred Adler an der Spitze, *„in der NS-Zeit Österreich verlassen musste.“*

Verdeutlicht werde die österreichische Situation etwa beim Blick in die Schweiz. Dort habe Freud früh Bedeutung erlangt, auch für die klinische Psychiatrie. Haring verweist auf die Zürcher Klinik Burghölzli, die von 1898 bis 1927 von Eugen Bleuler geleitet wurde, den ersten Klinikleiter, der sich mit Freuds Psychoanalyse befasste, und auf C.G. Jung, der Bleulers Assistent war bevor er sich in Freuds Bewegung engagierte. In Österreich hingegen habe der Einschnitt durch die NS-Zeit Jahrzehnte nachgewirkt, bis in die 1990er Jahre und danach.

Zum Zeitpunkt der Tagung in Hall im Jahr 1995 war der erste große österreichische Reformschritt, das Unterbringungsgesetz von 1991 (UbG), erst seit wenigen Jahren in Kraft. Mit diesem neuen Psychiatriegesetz, das eine mehr als 70 Jahre alte Regelung, die „Entmündigungsordnung" über die Anhaltung in geschlossenen Anstalten von 1916 ersetzte, wurde der zwangsweise Aufenthalt in psychiatrischen Kliniken neu geregelt. Nur mehr psychisch Kranke, nicht mehr etwa ‚geistig Behinderte" dürfen seither in einer psychiatrischen Klinik oder Krankenhausabteilung untergebracht werden, und dies nur dann, wenn es außerhalb der Psychiatrie keine adäquate Behandlungsmöglichkeit gibt und eine erhebliche Gefahr für die eigene Gesundheit oder die anderer besteht. Über eine Anhaltung von PatientInnen entscheidet ab nun ein unabhängiger Richter aufgrund ärztlicher Gutachten und nach Anhörung der neu geschaffenen Patientenanwaltschaft – nicht mehr der Arzt.

Das Unterbringungsgesetz 1991 und die „Vorbehalte der Ärzteschaft"

Die Reformschritte wie das UbG, das vor allem eine Öffnung der ehemals geschlossenen psychiatrischen Anstalten und einen allmählichen Abbau der stationären Betten bewirkte, kamen in Österreich spät. Haring verweist darauf, dass die ersten Reformpläne seit Mitte der 1980er Jahre am Tisch lagen, ein Jahrzehnt nach der wegweisenden bundesdeutschen Psychiatrie-Enquête 1975, die im Auftrag des Deutschen Bundestages einberufen wurde, nachdem sich der Deutsche Ärztetag 1970 erstmals seit seiner Konstituierung im Jahr 1873 mit der Situation der psychiatrischen Versorgung befasst hatte. Die Enquête-Kommission stellte fest, dass *„eine sehr große Anzahl psychisch Kranker und Behinderter in den stationären Einrichtungen unter elenden, zum Teil als menschenunwürdig zu bezeichnenden Umständen leben müssen."* Die als Empfehlungen festgehaltenen Ergebnisse der Enquête – u.a. eine Umstrukturierung der großen psychiatrischen

Krankenhäuser, eine gemeindenahe Betreuung und eine Gleichstellung der somatisch und psychisch Kranken – fanden dann in den 1990er Jahren auch in die österreichschen Reformbestrebungen Eingang.

Der *„Anstoß für europaweite Reformen"*, betont Haring, kam aber schon drei Jahrzehnte vorher *„aus Italien"*. Ab 1961 begann der italienische Psychiater Franco Basaglia als Leiter der Anstalt in Görz/Gorizia damit, die geschlossenen Abteilungen aufzusperren, jede Form der Freiheitsbeschränkung (wie Zwangsjacken oder Gitterbetten) und auch Elektroschocks abzuschaffen. Er setzte diese Reformen ab 1971 in Triest/Trieste fort, bald mit dem Ziel der Auflösung der Anstalten, überzeugt davon, so Haring, *„dass mit dem Anhalten der Patienten auch die sozialen Probleme der Gesellschaft als Auslöser, Verstärker oder auch Ursache psychischer Probleme weggesperrt werden"*. Das italienische „Basaglia-Gesetz" von 1978 schuf dann die geschlossenen Anstalten ab: *„Dieser Prozess in Italien löste international ein Beben aus"*.

Haring erinnert daran, dass es in Österreich große Vorbehalte gegenüber dem Reformprozess gab, der mit dem Unterbringungsgesetz von 1991 eingeleitet wurde – vor allem auf Seiten der Ärzteschaft: *„Wir, die Psychiatrie, haben enorm paranoid reagiert."* Es habe großes Unverständnis gegeben, dass nun Richter *„uns Ärzten zu sagen hätten, was zu tun sei"*. Man müsse diese Reaktionen auch vor dem Hintergrund des ärztlichen Selbstverständnisses betrachten, meint der Haller Psychiater: *„Ein Arzt kann nicht anders als zu glauben, dass das, was er tut, gut und rechtens ist."* Haring räumt ein, dass er selbst anfangs sich auch erst *„mit dem Gesetz abfinden"* musste, *„bevor ich mich in die neue Realität einfinden konnte."* Erst aufgrund der manchmal konfliktbehafteten Auseinandersetzung mit der Patientenanwaltschaft habe er realisiert, *„realisieren müssen"*, dass Kontrolle wichtig und notwendig sei: *„Man kann es nicht ärztlichem Fachwissen alleine, man müsste wohl sagen, man kann es nicht dem Gutdünken überlassen, ob ein Mensch einen Menschen seiner Freiheit beraubt."* Es bedürfe unbedingt der Außenperspektive. *„Wir wissen heute aus Untersuchungen: Wenn man die Entscheidung allein den Ärzten überlässt, dann werden mehr Menschen eingesperrt. Diese Erkenntnis sollten wir uns zu Herzen nehmen."* Er halte daher auch die Novelle des UbG vom Jahr 2010, die eine Zwangsanhaltung nun bereits nach dem Vorliegen von einem statt der bisher zwei ärztlichen Gutachten ermöglicht, für einen Rückschritt. Ausschlaggebend für diese Novelle seien vor allem ökonomische Motive gewesen: die Einsparung ärztlichen Personals:

„Es ist generell aufzupassen, dass sich die Konzepte der Behandlung nicht durch ökonomische Vorgaben verändern und damit medizinische Gesichtspunkte in den Hintergrund rücken. Wir sind als Ärzte nicht dazu da, ökonomische Konzepte umzusetzen, sondern in erster Linie therapeutische.“

Für Haring besteht kein Zweifel, dass die mit dem UbG 1991 ausgelöste *„unaufhaltsame Welle“* und die in der Folge beschlossene Tiroler Psychiatrieform 1995–2005 zu großen Veränderungen in Tirol geführt haben. Zur plakativen Verdeutlichung nennt er eine Zahl: Die stationären Betten im Psychiatrischen Krankenhaus in Hall – das übrigens bis zum Jahr 1992 Landes-Nervenkrankenhaus hieß – sank sprunghaft: von 1200 Betten Mitte der 1980er Jahre um mehr als die Hälfte auf rund 500 bis zum Jahr 1995 und im nächsten Jahrzehnt nach Inkrafttreten der Tiroler Reform nochmals auf 250 Betten bis 2005 (dies war auch der Stand 2010). Ein regionaler Strukturplan sieht eine weitere Reduktion im Tiroler Zentralraum vor, um 40 Betten an der Psychiatrischen Universitätsklinik Innsbruck (auf gesamt ca. 100) und um weitere 60 an der Klinik in Hall (auf 190 Betten). Die durchschnittliche Verweildauer an der Psychiatrie in Hall betrug im Jahr 2009 13,1 Tage. *„Wir bauen gerne weiter Betten ab, wenn außerhalb der Klinik alternative Angebote entstehen“*, sagt der Primar.

Das Stigma – trotz „enormer“ Veränderungen

Die vor allem mit dem UbG in Gang gesetzte Veränderung ist *„enorm“,* so Haring – bedenkt man, dass das Landes-Nervenkrankenhaus noch in den 1970er Jahren zwei mal erweitert wurde (1978 wurde auch ein neues Gebäude eröffnet) und noch im Jahr 1984 praktisch alle Stationen geschlossen geführt wurden. Haring ist zudem davon überzeugt, dass durch das UbG auch eine Veränderung in der Einstellung der Psychiater gegenüber den PatientInnen und im Umgang mit diesen eingeleitet worden sei.

Ziel des Tiroler Psychiatrieplanes von 1995 war vor allem die „Regionalisierung“ der Versorgung. Neben dem Abbau stationärer Betten im Zentralraum, an der Klinik in Hall und der Universitätsklinik Innsbruck, wurden kleinere psychiatrische Abteilungen in Bezirkskrankenhäusern eröffnet (Kufstein, Lienz) sowie regionalweit an den Kliniken die ambulante Versorgung und das außerklinische Angebot erweitert bzw. geschaffen.

Haring sieht aber auch *„Grenzen“* einer Regionalisierung und begrüßt daher den im Psychiatrieplan konzipierten Weg, dass sich in den Zentren wie in Hall oder Innsbruck Spezialbereiche etablieren sollten (in Hall wurden etwa Abteilungen für Gerontopsychiatrie und Forensik geschaffen, ein Neubau für Forensik ist geplant), während für die Regelversorgung das Angebot allmählich in den Bezirken ausgebaut wurde.

Zu den Haller Spezialisierungen gehört vor allem die Arbeit mit Suchtkranken. Es gibt eine Fachstation für Drogenentzug, eine für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. Im Bereich der Suchtbehandlung sei es gelungen ein flächendeckendes Beratungsnetz im Land mit 12 Anlaufstellen zu schaffen: *„Wir haben verstanden, dass die Sucht in Zusammenhang mit der sozialen Problematik gesehen werden muss, mit der Arbeitslosigkeit zum Beispiel, dass Sucht zu Prostitution und Beschaffungskriminalität führen kann, dass dies Symptome einer Erkrankung sind.“* Aber nach wie vor lande eine Gruppe von PatientInnen im Gefängnis, *„so wie im 18. Jahrhundert.“*

Eine anhaltende Debatte gibt es in Tirol zur Substitutionsbehandlung. Strittig ist die Verabreichung von retardiertem Morphin, die Haring befürwortet, *„weil dadurch auch anderen Klienten ein Weg zur Substitution eröffnet wird.“* Diese Substanz ist aber nur zulässig, wenn gegenüber anderen Substanzen wie Methadon oder Buprenorphin eine Unverträglichkeit besteht. Haring kritisiert, dass in der jüngeren Vergangenheit die gesetzlichen Schwellen für den Zugang zu Substitutionsmitteln erhöht wurden und damit in Kauf genommen werde, *„dass jede Schwelle zu Toten führt. Denn das Problem ist nicht, wie behandle ich, sondern behandle ich jemanden überhaupt oder werden PatientInnen ausgeschlossen.“* Als eng und fruchtbar beschreibt der Arzt die Kooperation mit außerklinischen psychosozialen Diensten wie der Beratungsstelle für Abhängigkeitserkrankungen BIN, in deren Vorstand er sitzt, und er unterstreicht allgemein den wichtigen Stellenwert des außerklinischen Versorgungsangebots für Menschen in Krisensituationen, namentlich des Psychosozialen Pflegedienstes PSP.

Großer Handlungsbedarf besteht für Haring in Tirol vor allem im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Eine einzige klinische Abteilung, wie sie an der Universitätsklinik in Innsbruck besteht, sei nicht ausreichend. Allein die Sprachstörungen von Kindern und Jugendlichen würden in den letzten Jahren stark zunehmen.

Der Primar betont, dass er sich entschieden habe, in seinem Primariat keine Station für „chronisch Kranke“ einzurichten, *„weil sich so eine Station, wenn*

sie einmal existiert, immer füllt: Dann braucht es eine weitere und dann die nächste.“ Die ehemals ‚chronische Station' wurde in eine Psychotherapiestation umfunktioniert. Er plädiere generell für das Prinzip des *„einfachsten Mittels der Behandlung“*:

„Es gehört niemand in den geschlossenen Bereich, wenn eine Behandlung im offenen Bereich möglich ist, niemand in den offenen, wenn es ambulant geht, niemand zum Facharzt, wenn der praktische Arzt helfen kann und niemand zum Arzt, wenn die familiäre Unterstützung ausreicht.“

Allerdings gäbe es sehr wohl PatientInnen, die jahrelang stationär in der Klinik blieben: *„Langzeitpatienten bleiben in der Regel uns“*. Von den Sozialeinrichtungen außerhalb der Klinik würden tendenziell eher Menschen mit weniger langen Krisenverläufen versorgt.

Im Zuge der Reform erhielt auch das Jahrzehnte lang von außen unzugängliche, ummauerte Areal des Krankenhauses ein neues Gesicht: 1999 wurde ein öffentlich zugängliches Café eröffnet, das auch als Schritt zur Endstigmatisierung gedacht war, *„denn Stigmatisierung ist nach wie vor ein Problem.“* Seit 2001 werden zudem die Räumlichkeiten der ehemaligen hauseigenen Wäscherei von der neu gegründeten Kulturstation Wäscherei P genutzt, seit 2003 gibt es einen Minigolfplatz und eine Turnhalle.

In jüngerer Zeit arbeitet die Psychiatrie Hall mit einem ganzheitsmedizinischem Ansatz, der neben Psychotherapie auch Homöopathie und Akupunktur inkludiert. Haring ist auch von einem interdisziplinärem Zugang überzeugt, der über die medizinischen Disziplinen hinausreicht: *„Wir haben einen Soziologen im Team und bräuchten auch jemanden, der unseren Sprachgebrauch kritisch reflektiert. Ich muss im Umgang mit Patienten eine Sprache finden, bei der die Wertungen herausgenommen sind.“* Beispielsweise stört den Primar der häufige Gebrauch des Begriffs „psychische Störung“, den er als eine unglückliche Übersetzung in der Fachliteratur des englischen *„desorderd“* sieht. Skeptisch ist Haring generell bezüglich der Erstellung von Diagnosen: *„In erster Linie steht ein Individuum vor uns, und dieses passt nicht immer in eine diagnostische Schublade.“*

Die „gesellschaftliche Verantwortung“ des Psychiaters

Ein Desiderat ist die psychiatrische Forschung, die in der Regel und bisher vor allem an der Universitätsklinik in Innsbruck stattfindet. Interessiert an Forschung in Hall zeigt sich auch der Krankenanstaltenträger Tilak, *„aber das bindet beide“*, findet der Primar, der auch aus forschungspolitischen Überlegungen für eine in erster Linie öffentlich finanzierte Forschung und Fortbildung eintritt: Die Möglichkeit der Pharmaindustrie *„sich in das Bewusstsein der Mediziner vorzuarbeiten“* werde damit eingegrenzt.
Interesse zeigt Haring auch an historischer Arbeit am Psychiatrie-Areal:

„Vor kurzem wurde am Areal ein Friedhof entdeckt. Das wirft eine Reihe von Fragen auf. Wir schauen uns nun selbstverständlich die Sterblichkeitsraten und die Todesursachen der Patienten genau an. Dafür brauchen wir kompetente unabhängige Historiker, die auch dort hinschauen, wo sich womöglich Leichen unter dem Teppich befinden.“

Christian Haring bezeichnet sich als *„Adlerianer“*. Für den Wiener Psychotherapeuten Alfred Adler, den Begründer der Individualpsychologie, galt es, die sozialen Ursachen psychischer Krisen, etwa für die Kindheitsentwicklung im Auge zu haben, er sah das „Gemeinschaftsgefühl“ als Gradmesser für die psychische Gesundheit und angesichts der sozial misslichen Verhältnisse vieler seiner PatientInnen die Notwendigkeit sozialmedizinischer Betreuung.
Haring, der auf die Bedeutung der Soziologie für die Entwicklung der Psychiatrie hinweist (ausgehend von Émile Durkheims Studie zum Selbstmord, 1897) und sich sozialpsychiatrisch geprägt sieht, bedauert, dass es in der Psychiatrie-Debatte nach mehreren Jahrzehnten Dominanz der biologischen Richtung seit den 1950er Jahren (mit der Entwicklung der ersten Antidepressiva und Neuroleptika) heute, Anfang des 21. Jahrhunderts, zu einem ‚Entweder – Oder’ gekommen sei: *„Aus meiner Erfahrung sind Psychopharmaka hilfreich, weil ich auf bestimmte Symptome (Schlafstörungen, Antriebstimmungen, Wahrnehmungsstörungen) positiv einwirken kann. Aber ich kann damit nicht die sozialen Verhältnisse der Patienten beeinflussen.“* Ärzte seien jedoch aufgefordert, meint Haring, die sozialen Implikationen mitzudenken: *„Wir sind ausgebildet für die Behandlung von Individuen, aber wir müssen uns der gesellschaftlichen Verantwortung bewusst sein.“* Daraus ergäben sich auch Spannungsverhältnisse: *„Wenn Psychiater zum Beispiel nur*

die Aggressivität von Menschen wegbehandeln, von Menschen, die verzweifeln, nachdem sie von heute auf morgen ihren Arbeitsplatz verloren haben, beraubt sich die Gesellschaft auch eines aggressiven Potentials der Veränderung im neoliberalen System.“

Bis heute, meint Primar Haring, in gut Hundert Jahren Psychiatriegeschichte, sei es nur in Ansätzen gelungen, ein annähernd ganzheitliches Krankheitsbild psychischer Phänomene zu entwickeln, *„das die drei großen Strömungen, die biologische Psychiatrie, die Sozialpsychiatrie und die psychotherapeutischen Richtungen umfasst.“*

Prof. Christian Haring, geb. 1954 in Leutasch/Tirol, ist seit 1989 Facharzt für Psychiatrie, wurde 1994 Primar der Psychiatrie am Landeskrankenhaus (LKH) Hall in Tirol, 1995 habilitiert, erhielt 2005 den Titel „Professor“ und ist heute auch stellvertretender ärztlicher Direktor des LKH. Seit Mitte der 1980er Jahre forscht und publiziert Haring vor allem zu Abhängigkeitserkrankungen, Suizid und Suizidprävention. Haring ist Gründungsmitglied der European Society of Aesthetics and Medicine (ESAEM) und 2011–2012 Vorsitzender der Österreichischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie.

Benedikt Sauer

Die Basaglia-Reform und Südtirol

Gespräch mit Lorenzo Toresini, Primar für Psychiatrie in Meran und Exponent von „Psichiatria Democratica“

„Ich ging nach Meran, weil ich es als eine Herausforderung sah“, sagt Lorenzo Toresini, Exponent der Reformbewegung „Psichiatria Democratica“ („Demokratische Psychiatrie“), in den 1970er Jahren und Mitarbeiter von Franco Basaglia (1924–1980) in der Anstalt S. Giovanni in Triest, seit 1999 Primar für Psychiatrie des Gesundheitsbezirks Meran (damals: Sanitätseinheit West), der die Stadt Meran, das Burggrafenamt, Passeier und den Vinschgau umfasst.

„Die Herausforderung hängt mit zwei Personen zusammen. Die eine sollte ich nicht namentlich nennen, es handelt sich um einen autistischen Mann aus Meran, von dem ich 1984 erstmals hörte. Damals war er 18. Seine Mutter wollte den Landesrat, Otto Saurer, anzeigen, weil es in Südtirol keine Spezialeinrichtungen gab, sie suchte einen Gutachter und kam zu mir. Ich gab ihr zu verstehen, dass ich eine Klage nicht für sinnvoll halte. Diese Frau hätte nämlich, vorausgesetzt sie hätte gewonnen, auch mit einer hohen Schadenersatzsumme nicht viel anfangen können. Da keine passende Struktur vorhanden war, hätte der junge Mann für sich ein eigenes Unterstützungsteam benötigt. Ich schlug vor, dass wir ihn zu uns nach Triest nehmen und das Land die Kosten für die Genossenschaft, die ihn betreut, übernimmt. So kam es. Er blieb 20 Jahre in Triest, war dort, im Gegensatz zu vorher, nie festgebunden und konnte vor kurzem nach Südtirol zurückkehren, denn es gibt ja jetzt Strukturen hier. Damals kam Landesrat Saurer nach Triest, sah unsere Arbeit. Und war angetan. Er ist die zweite Person, die mich dazu gebracht hat, nach Meran zu gehen, um Basaglias Projekt auch hier umzusetzen.“

Die Radikalität der Basaglia-Reform

Toresini ist überzeugt, dass die Basaglia-Reform des Jahres 1978, die die definitive Schließung der psychiatrischen Anstalten in Italien und den Aufbau alternativer Versorgungsstrukturen „im Territorium“ vorsah, *„bis heute die radikalste und nachhaltigste Reform der Psychiatrie“* ist, *„jedenfalls für uns“*. Mit *„uns“* meint er die Vereinigung „Psichiatria Democratica“, die 1973 von anstaltskritischen Psychiatern und einigen Sozialarbeitern auf Anregung Basaglias nach gemeinsamen Erfahrungen in den 1960er Jahren im psychiatrischen Krankenhaus Görz gegründet wurde, eine Bewegung, der sich der damals 27-jährige Toresini etwas später anschloss. Ihr Motto „La libertà è terapeutica“ (Freiheit heilt) wurde zum geflügelten Wort.

Anlass, sich als „Demokratische Psychiatrie“ zu organisieren, war ein gemeinsamer Protest, eine politisch motivierte Kündigung in Görz 1972. Basaglia hatte als Direktor der Görzer Anstalt ab 1962 mit einem Team namhafter Kollegen wie Agostino Pirella (der mit Basaglia publizierte), Domenico Casagrande, Antonio Slavich, Giovanni Jervis oder der Co-Autorin und späteren Ehefrau Basaglias, Franca Ongaro, das Konzept der „Therapeutischen Gemeinschaft“ umgesetzt: Zwangsjacken und Elektroschocks wurden abgeschafft, die Schlüssel an den Türen stecken gelassen, Patienten konnten einkaufen und in Cafés gehen, um sich auf einen Alltag außerhalb der Anstalt vorzubereiten, in Versammlungen diskutierten Ärzte, Pfleger und PatientInnen miteinander. Als dem Ärzte-Team das Konzept der „Therapeutischen Gemeinschaft“, das zunächst auf Veränderungen innerhalb der Anstalt zielte, nicht mehr ausreichend erschien und sozialpsychiatrische Strukturen außerhalb forderte, die Provinzialregierung dies aber ablehnte – obwohl Italiens erste Psychiatrie-Reform von 1968 („Mariotti-Gesetz“) solche Strukturen erstmals grundsätzlich vorsah – versuchte das Team um Basaglia mit der kollektiven Kündigung Druck auszuüben. Die Strategie misslang, weil Kollegen aus der Psychiatrie Padua einsprangen. *„Liebe Freunde“,* teilten die Reformpsychiater im Kündigungsschreiben den Görzer PatientInnen mit,

„Ihr kennt unsere Beweggründe: Wir hätten Euch auf Eure erneute Frage ‚Wann können wir nach Hause?‘ nicht wieder mit dem üblichen ‚Morgen!‘ belügen können, im Wissen, dass es dieses Morgen unter diesen Bedingungen nicht geben wird. Wir kämpfen anderswo weiter, auch für Euch und uns.“

Es waren vor allem PsychiaterInnen dieser Reformbewegung, die ab den 1970er Jahren in mehreren italienischen Städten Maßnahmen der Ausgliederung schrittweise umzusetzen versuchten. Die Augen der interessierten, auch internationalen Öffentlichkeit waren dabei vor allem auf das Ospedale S. Giovanni in Triest gerichtet, einer Anstalt mit damals gut 1.200 PatientInnen, wohin Basaglia 1971 berufen wurde. Die WHO sah in der Arbeit der Basaglianer in Triest ein Pilotprojekt, aus dem Ausland kamen neugierige Kollegen, um mitzuwirken. Verstärkt nach 1978, nach Inkrafttreten des „Basaglia-Gesetzes“ (Nr. 180), haben die ReformpsychiaterInnen dann in mittleren und bald großen Städten die Auflösung der Anstalten vorangetrieben und für die Installierung eines Netzwerks von Hilfsangeboten im Territorium gesorgt. Führende Exponenten der „Demokratischen Psychiatrie“ wirkten bald u.a. in Ferrara, Arezzo, Perugia, Venedig, Genua, Turin, Rom, Neapel oder in Caltagirone auf Sizilien.

Für Lorenzo Toresini ist die Basaglia-Reform deshalb radikal, *„weil sie mit der Logik der Anstaltspsychiatrie, dieser Utopie des 18. Jahrhunderts, einem Kind der Aufklärung, brach, deren Scheitern zur Kenntnis nahm und die Konsequenzen zog.“* Denn die *„anscheinend befreiende Geste“* von Philipp Pinel (1745–1826), dem Begründer der wissenschaftlichen Psychiatrie, der als Leiter des Pariser Hôpital de la Salpêtrière den „Irren“ die Ketten nahm, *„beruhte im Grunde auf einem Missverständnis, einem Widerspruch, auf der irrigen Annahme, dass Medikalisierung und medizinische Verwaltung des Wahns an sich eine Befreiung darstellen.“* Und, fährt Toresini fort,

„sie beruhte auf einer Anmaßung: der Idee, dass die Unvernunft von der Vernunft in Obhut zu nehmen sei, dass der Wahn zur Vernunft gebracht werden könnte und sollte, letztlich hieß dies: auch unter Zwang, legitimerweise. Daher wurde die Unvernunft separiert und durch die ‚große Internierung' zum Schweigen gebracht.“

Diese Idee, die Voraussetzung der Anstaltspsychiatrie war, sei historisch gescheitert *„und der Höhepunkt des Scheiterns war die Aktion T4“*, das Programm der Nazi-Diktatur zur gezielten Tötung von psychisch kranken Menschen und ‚geistig Behinderten'. Die T4-Aktion, so Toresini, sei nämlich nicht die völlige Ausnahme, das gänzlich Andere, sondern letztlich eine brutale Konsequenz der Anstaltslogik gewesen. „*Und vergessen wir dabei nicht“,* betont er: *„das Projekt T4 war eine wissenschaftliche Erfindung, eine der Ärzte, keine politische*.“ Klaus Dörner, dem

führenden Vertreter der deutschen Sozialpsychiatrie, sei zuzustimmen, *„wenn er sagt, einen Menschen lebenslang zu internieren mit der Begründung, dass er über keine Vernunft verfüge, sei eine soziale Euthanasie"*. Und der Schritt zur wirklichen Euthanasie, zur Aktion T4, nur mehr ein kurzer. *„Doch",* so Toresini*, „der Wahnsinn ist nicht sinnlos, sondern sinnvoll, denn er gehört zu uns Menschen so wie der Traum"*. Genau diese Erkenntnis hätten Basaglia und seine Mitstreiter ernst genommen.

Toresini erinnert daran, dass zehn Jahre vor dem Basaglia-Gesetz mit der Mariotti-Reform 1968 (benannt nach dem sozialistischen Gesundheitsminister Luigi Mariotti) erste Weichen für eine Reform der Anstaltspsychiatrie gestellt wurden und diese schon über die Anstalt hinauswiesen: *„Der Stellenwert der 68er-Reform wird unterschätzt, meine ich"*. Diese sah zum einen die Errichtung sozialpsychiatrischer Einrichtungen vor, die Zentren für geistige Hygiene (die später Zentren für geistige bzw. für psychische Gesundheit hießen). *„Vor allem aber",* so Toresini, habe diese erste italienische Psychiatrie-Reform seit 1904 *„einen wichtigen kulturellen Bruch"* dargestellt: Erstmals wurde es PatientInnen ermöglicht, sich freiwillig in psychiatrischen Anstalten aufnehmen zu lassen, *„womit implizit anerkannt wurde, dass Psychiatrie-PatientInnen über Krankheitseinsicht („coscienza di malattia") verfügen, während ihnen bis dahin ein eigener Wille abgesprochen worden war."*

Territoriale sozialpsychiatrische Versorgung am Beispiel Meran

Lorenzo Toresini kam 1999 nach Meran, bald nachdem im Südtiroler Landespsychiatrieplan 1996 – 2002 („Programm für ein zeitgemäßes Betreuungsnetz für die psychisch Kranken") Umsetzungsschritte der zwei Jahrzehnte zuvor beschlossenen italienischen Reform politisch festgeschrieben wurden. Nach gut einem Jahr waren im Bezirk Meran zwei Zentren für psychische Gesundheit mit je einem geschützten Wohnheim zu zwölf Plätzen (Meran, Schlanders) vorhanden, elf Fachärzte und ein Team von Psychiatern, PsychologInnen, SozialassistentInnen, Krankenpflegern und sozialen Hilfskräften, was medial als „kleine Revolution" bezeichnet wurde.

Die Eröffnung einer psychiatrischen Abteilung im Krankenhaus zur stationären Krisenintervention, die laut Basaglia-Gesetz mit maximal 15 Betten zulässig und im Landespsychiatrieplan 1996 vorgesehen war, hielt Toresini nicht für drin-

gend. Heute (2010) stehen in der psychiatrischen Krankenhausabteilung in Meran neun Akutbetten und eines für die Tagesbetreuung (Day-Night-Hospital). Die von Basaglia selbst nicht erwünschten Abteilungen in den Kliniken, die „Psychiatrischen Dienste für Diagnose und Behandlung“ (Servizio psichiatrico di diagnosi e cura, SPDC), waren 1978 ein Kompromiss, ein Entgegenkommen gegenüber gewerkschaftlichen Forderungen von Ärzten und Pflegern. Basaglia sah darin das Risiko einer erneuten Institutionalisierung. Und „Psichiatria Democratica“ betonte 2003, in einem Dokument anlässlich des 30jährigen Bestehens, dass die Bemühungen zur Schaffung alternativer Strukturen zu den Klinikabteilungen verstärkt werden sollten, zumal sich die Erfahrungen bei der akuten Krisenintervention in jenen „Zentren für Psychische Gesundheit“, die über eine 24-Stunden-Betreuung verfügen, als „sehr effizient“ erwiesen hätten. Auch wird im selben Dokument festgehalten: „Es wird von uns mit Nachdruck jede Form der Anhaltung, der ‚Fixierung’, ob mit mechanischen Mitteln oder Medikamenten sowie die Praxis des Elektroschocks abgelehnt“ und darauf verwiesen, „dass das Anbinden von PatientInnen eine illegale Maßnahme ist.“ Die Sorge, dass Anstaltspraktiken trotz der Reform weiterhin fortgeführt werden könnten, sei leider berechtigt gewesen, resümiert Toresini: *„Nach wie vor werden Patienten in Krankenhäusern „fixiert“, angebunden, und es gibt Abteilungen, die nur mit Schlüsseln geöffnet werden können.“* In der Selbstdarstellung des Meraner Krankenhauses wird betont, dass auf „körperliche Zwangsmaßnahmen“ verzichtet werde und PatientInnen, von Ausnahmen abgesehen, nach Rücksprache mit den MitarbeiterInnen die Abteilung tagsüber auch alleine verlassen können. *„Wir versuchen auch, die Vergabe von Psychopharmaka vorsichtig zu handhaben. Wobei ich nicht behaupte, dass wir ohne auskommen könnten oder auch müssten, auch ich verschreibe welche. Aber ich würde pharmakologische Lösungen an die letzte Stelle reihen.“*

2003 wurde in Sinich bei Meran auf Wunsch Toresinis auch eine multifunktionale psychiatrische Einrichtung eröffnet: das „Basaglia-Haus“. Es beherbergt ein weiteres sozialpsychiatrisches „Zentrum für psychische Gesundheit“ und ein Rehabilitationszentrum. In diesem Zentrum zur mittel- und langfristigen Wiedereingliederung mit diversifiziertem Angebot – ambulanten, teilstationären und stationären Diensten – sind ein Wohnheim mit 18 Betten, ein Day-Hospital zur Betreuung von PatientInnen, die nach einer akuten Phase medikamentöse bzw. psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen, sowie Werkstätten integriert: Es bestehen Arbeitsmöglichkeiten im Haus und ergänzende Angebote mit Hippo- und Musiktherapie.

„Dieses Haus ist offen, Tag und Nacht. Patienten sind in Sinich unterwegs, die Bevölkerung kooperiert. Ich erinnere mich, als 1971 in Triest ein spastisches Mädchen, das die Anstalt verließ, in die Anstalt zurückgeschickt wurde. Das passiert hier heute nicht mehr. Die Meinung, Menschen mit Wahnvorstellungen seien gefährlich, ist weniger verbreitet. Das Stigma ist geringer geworden, wenn auch nicht verschwunden. Deshalb ist Aufklärungsarbeit in Schulen, Pfarren, Sozialeinrichtungen, an allen öffentlichen Orten, wo Menschen zusammenkommen, weiterhin nötig; auch in den Medien."

Zur täglichen Arbeit meint Toresini: *„Wichtig"* sei *„die therapeutische Kontinuität"*. Das gelte sowohl für eine vorübergehende Aufnahme im Krankenhaus, weshalb in der Meraner Klinik PatientInnen von jenen PsychiaterInnen betreut würden, für die sie schon vor der Aufnahme zuständig waren. Und dies gelte für das Basaglia-Haus*: „Wir arbeiten innerhalb und außerhalb des Hauses. Dabei geht es auch um Kontinuität für uns, für die Betreuenden, nicht nur um jene für die PatientInnen. Auch wir müssen von Fall zu Fall mit jedem Patienten einen Weg, einen Prozess durchschreiten." „Herausfordernd"* sei vor allem *„der Prozess der Arbeitseingliederung*. Tragende Säule im Basaglia-Haus sind drei Sozialgenossenschaften: eine Kooperative der Pflegekräfte und zwei Genossenschaften vom „Typ B", bei denen PatientInnen beschäftigt sind. Bei Typ-B-Genossenschaften müssen 30 Prozent der Mitglieder und Beschäftigten Personen „mit Handicap" sein: Menschen mit Behinderung, mit psychischen Schwierigkeiten, aus der Haft Entlassene, Alkohol- oder Drogenabhängige. Der Staat bezahlt die Sozialversicherung. *„Viele unserer PatientInnen arbeiten hier im Haus, in der Küche, der Tischlerei, Wäscherei, im Garten, verkaufen auch Produkte. Einige wohnen im Haus, andere auswärts.* Schwierig sei es für Sozialgenossenschaften oder ähnliche betriebliche Organisationsformen, den *„social farms"*, sich am Markt zu behaupten. *„Das ist EU-weit ein Thema. Hier müsste die öffentliche Hand stärker fördernd eingreifen, in dem sie etwa mehr Aufträge an Sozialgenossenschaften vergibt",* wünscht sich Toresini.

Freiheitsentzug und Verhandlung

Drei Jahrzehnte nach Beginn der Reform von 1978, sieht Toresini zum einen ein beachtliches internationales Echo, das etwa zu einer an Basaglia orientierten Psychiatrie-Reform auch in Staaten wie in Bosnien geführt hat, *„womit wir nicht gerechnet hatten“*. Und er sieht in Italien eine weitgehende Akzeptanz.

„Die ideologischen Debatten sind fast verschwunden. Vor allem unter den Ärzten. Es gibt allerdings Probleme bei der Umsetzung, und dies vor allem dort, wo die Öffentliche Hand zu wenig in Alternativstrukturen investiert und dort, wo die Lobby der Privatkliniken stark ist und politisch begünstigt wird, wie etwa in der Lombardei. Von dieser Seite kommt auch politischer Druck, die vorgeschriebene Aufenthaltsdauer nach Zwangseinweisungen zu verlängern: um so mehr Geld zu verdienen“.

Einweisungen gegen den Willen von PatientInnen sind nach wie vor gesetzlich zulässig und wurden 1978 nicht abgeschafft. Die maximale Aufenthaltsdauer beträgt sieben Tage, nicht mehr ein Monat, kann aber aufgrund eines psychiatrischen Gutachtens verlängert werden. Verantwortlich für den Freiheitsentzug ist nicht mehr die Polizei oder der Amtsrichter, sondern der Bürgermeister als Gesundheitsbehörde. Die Frage, ob Zwangseinweisungen nötig sind, beantwortet Toresini mit einem Bild aus der Mathematik: *„Sie sind so nötig wie bei einer Asymptote, die sich in einem Koordinatensystem dem Nullpunkt annähert, diesen aber nicht erreicht. Da wir die einzigen Ärzte sind, die über diese Macht verfügen, muss für uns die Voraussetzung gelten, dass wir versuchen, ‚zu verhandeln statt zu behandeln‘“*, sagt Toresini und verweist auf Asmus Finzen und Klaus Dörner, die dieses Motto geprägt haben, sowie auf die Schlussfolgerungen der bahnbrechenden Tagung von „Psichiatria Democratica“ in Triest, 1977, das Réseau Internazionale, bei der die Schließung der Triestiner Anstalt angekündigt wurde:

„Die Identität der PatientInnen als juridische Personen ist zu gewährleisten, es muss die Basis dafür geschaffen werden, dass PatientInnen vollwertige Mitglieder der Gemeinschaft sein können. Mit anderen Worten: Die Obhut, also Vormundschaft, muss durch ein Vertrags-Verhältnis ersetzt werden.“

Dr. Lorenzo Toresini, geb. 1946 in Venedig, studierte Medizin in Padua, Facharzt für Psychiatrie und Hygiene. In den 1970er Jahren Arzt in der Psychiatrischen Anstalt S. Giovanni in Triest unter Leitung von Franco Basaglia, nach Schließung der Anstalt 1978 bis 1995 im dort neu gegründeten Zentrum für geistige Gesundheit. 1995 bis 1999 Primar für Psychiatrie in Portogruaro, seit 1999 Primar für Psychiatrie des Gesundheitsbezirks Meran. Präsident der „Italien-Germanian Mental Health Society", Vorsitzender von „Psichiatria Democratica Europa"; Autor und Herausgeber mehrerer Bücher, u.a. von „La testa tagliatia", Rom 1996 (dt.: Kindesmord und Psychochirurgie. Ein Prozeß in Italien am Anfang der Psychiatriereform, Linz 1999); zuletzt mit Ernesto Venturini und Domenico Casagrande: „Il folle reato. Il rapporto tra la responsabilità dello psichiatra e l'imputabilià del paziente", Milano 2010.

Benedikt Sauer

Der Aufbau sozialpsychiatrischer Strukturen in Tirol

Gespräch mit der Sozialpädagogin Friederike Hafner, der langjährigen Direktorin der „Gesellschaft für Psychische Gesundheit"

Die Gründung der *„Gesellschaft für Psychische Hygiene Tirol"* – die heute *„Gesellschaft für Psychische Gesundheit – pro mente tirol"* (GPG) heißt – ist vor dem Hintergrund der psychiatrischen Reformprozesse in den 1970er Jahren in Europa zu sehen. Erste ähnlich sozialpsychiatrisch orientierte Organisationen, die in der Tradition des von Clifford Beers und Clarence Hincks 1920 gegründeten amerikanischen *„Mental Hygiene Movement"* (Psychohygiene) stehen, gab es in Österreich seit Mitte der 1960er Jahre: konkret in Wien und in Oberösterreich. In den 1970ern entstanden dann auch Landesverbände in Salzburg, Tirol und Kärnten. Die Gründung der Tiroler Organisation im Herbst 1975 erfolgte zu einem Zeitpunkt, als in Bonn der Bericht der zukunftsweisenden Enquête *„Über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland"* fertig gestellt wurde, die von 1971 bis 1975 im Auftrag des Bundestages stattfand. Zwei Personen, die an der Gründung der Tiroler Psychohygiene-Gesellschaft maßgeblich beteiligt waren, haben sich bei dieser Enquête in Bonn kennen gelernt. Der Psychiater und Suchtexperte Kornelius Kryspin-Exner, der 1975 die Leitung der (damals von der Neurologie getrennten) Innsbrucker Universitätsklinik für Psychiatrie übernahm, war als einziger österreichischer Wissenschafter zur Enquête geladen. Friederike Hafner, Sozialarbeiterin und Sozialpädagogin, die Kryspin-Exner an die Innsbrucker Klinik holte, hatte als Mitarbeiterin an der Gütersloher Psychiatrie unter Leitung von Walter Theodor Winkler an den Arbeiten der deutschen Reform-Kommission mitgewirkt.

Kryspin-Exner wurde Präsident der *„Gesellschaft für Psychische Hygiene"*, wie die Organisation bis 1992 hieß (dann, bis 2006: *„Gesellschaft für psychische Gesundheit – Psychohygiene"*; seither mit dem Zusatz *„pro mente tirol"*), Friederike Hafner deren Geschäftsführerin, gemeinsam mit dem Oberarzt an der Innsbrucker Psychiatrie Hartmann Hinterhuber und dem Psychohygieniker und Amtsarzt in der Landessanitätsdirektion Rudolf Cornides.

Erste Schritte von der Klinik in die Gemeinden

„Österreich hinkte bei der Entwicklung der Sozialpsychiatrie noch stark nach", sagt Hafner, die knapp drei Jahrzehnte, davon elf Jahre als Direktorin, die Geschäfte der GPG führte. Sie verweist auf die britische, italienische, deutsche und die Schweizer Entwicklung, etwa auf die Öffnung der geschlossenen Anstalten *„sowie auf Versuche neuer Formen der Verbindung von biologischer und sozialpsychiatrischer Versorgung."* Die englischen sozialpsychiatrischen Reformen der 1960er Jahre hatte Hafner 1962–1965 in London unmittelbar mit verfolgt, während ihrer Tätigkeit im *„Austrian Catholic Center (ACC)"*, einer Einrichtung des Säkularinstitutes Frauen der Frohbotschaft Batschuns, dem sie angehört:

„Wir waren eine Anlaufstelle für Österreicher und Österreicherinnen, die nach dem Krieg auf Arbeitssuche nach London kamen. Viele konnten nicht Fuß fassen und bekamen schwere psychische Probleme. Machbarkeit und Schnelllebigkeit bestimmten den Alltag in der Großstadt. Hohe Anforderungen in der Fremde und das Gefühl der Ausgesetztheit stellten die Menschen vor große Herausforderungen. Ich habe ausgezeichnete therapeutische Einrichtungen in England kennen gelernt. Konzepte wie die Ausgliederung chronisch Kranker aus den Großanstalten, die Beschäftigungstherapie oder Versuche einer Nachsorge psychisch Kranker zeigten große Erfolge."

Die Erfahrungen in London wie dann in der Klinik in Gütersloh, *„einem Mekka der deutschen Sozialpsychiatrie"*, und die Enquête in Bonn hätten sie geprägt. In Tirol entwickelten sich ab Mitte der 1970er Jahre erste Strukturen einer gemeindenahen Versorgung als Ergänzung und Alternativen zur Klinik-Behandlung. Die Umsetzung dieses Versorgungskonzeptes sei, so Hafner, von der Klinik in Innsbruck ausgegangen, *„die Psychiater und Sozialarbeiter zur Verfügung stell-*

te". Akzeptanz auf politischer Ebene, bei Landeshauptmann Eduard Wallnöfer (ÖVP), *„dem die Notwendigkeit ambulanter Versorgung einleuchtete"*, führte zum Auftrag an die „Psychohygiene", sich um die psychosoziale Versorgung im Land zu kümmern, finanziert durch die Abteilung für Gesundheit und Soziales unter Landesrat Herbert Salcher (SPÖ). Die erste Beratungsstelle entstand 1976 in Landeck, da es im Einzugsgebiet Oberland und Außerfern keine Einrichtung für psychisch Kranke, auch keinen Facharzt gab. Bald kamen Zentren in Lienz, Reutte und Schwaz hinzu. Einmal die Woche, am späten Nachmittag, teils auch abends, um Berufstätigen den Zugang zu erleichtern, waren die Beratungsstellen besetzt: mit einem Psychiater, einer Sozialarbeiterin, später auch PsychologInnen. *„Aber obwohl die Initiative für diesen Versorgungsschritt hinaus in die Bezirke von der Klinik ausging, bedurfte es einer Sensibilisierung dafür bei den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen in der Psychiatrie"*, erinnert Hafner. Auch an der Klinik zeigten sich in der Folge Veränderungen, manche davon brachen mit einer langen Praxis. Hafner verweist beispielhaft auf die Kleiderordnung:

„Bis 1976 mussten Patienten gestreifte Klinikbekleidung tragen. Diese diente als Kennzeichen der geschlossenen Unterbringung und wurde auch mit der Sicherheit für die Patienten und für das Personal begründet. Der Vorschlag, diese abzuschaffen, stieß besonders beim Pflegepersonal auf große Bedenken, das sich sorgte, Patienten könnten abhanden kommen. Als Kryspin-Exner dann die Kleiderordnung änderte, war das eine kleinere Revolution."

Wohngemeinschaften, Berufstrainingszentren, Integrationsbetriebe

Das Überwinden der „Drehtürpsychiatrie", also der Tatsache, dass Menschen, die aus der Klinik entlassen wurde, mangels Alternativen rasch wiederkehrten, war ein wichtiges Motiv bei der Suche nach neuen therapeutischen Konzepten. Das Problem ließ sich aber mit der Installierung von Beratungsstellen alleine nicht bewältigen. *„Um Menschen in und nach psychischen Krisen den Weg in eine lebenswerte Existenz zu ebnen, bedurfte es weiterer Angebote von Hilfeleistungen nach der Entlassung."* So entstand die Idee eines spezifischen Wohnangebots. Hafner kannte aus ihrer Zeit in Deutschland das Konzept des „Übergangswohnheims", hatte dort eines mitbegründet. Die Suche nach Räumlichkeiten in Innsbruck Anfang der 1980er Jahre erwies sich allerdings als schmerzhafter Weg

gegen Widerstände. *„Wir haben zwar irgendwie damit gerechnet, aber dieses Ausmaß an Vorurteilen in der Bevölkerung hatten wir nicht erwartet."* Hafner erinnert sich an Sätze wie ‚Das Haus könnte ja angezündet werden!', oder: ‚Die Sicherheit in der Nachbarschaft könnte gefährdet sein.' Bei der Suche nach dem Wohnheim seien der „Psychohygiene" alte, baufällige Häuser an der Peripherie von Innsbruck angeboten worden, *„aber wir wollten mitten in die Stadt. Und gaben unsere Ansprüche nicht auf."* Die dann als Mietobjekt angebotene Villa in der Schneeburggasse, die 1983 bezogen werden konnte, war die erste außerstationäre Einrichtung für Menschen mit psychischen Leiden in Tirol. Ziel des Aufenthalts in dieser „*therapeutischen Gemeinschaft*" für die Dauer von bis zu einem Jahr war und ist, den zwölf Bewohnern und Bewohnerinnen durch Unterstützung eines multiprofessionellen Teams mit einem strukturierten Tagesablauf *„den Schritt in die Gesellschaft zu ermöglichen."* Ziel war es zudem, die Klienten auf einen beruflichen Wiedereinstieg vorzubereiten. Der Tagesablauf sah vor allem das gemeinsame Erledigen von Hausarbeit, Teilnahme an Kreativwerkstätten, Beschäftigungstherapie oder auch die Teilhabe am öffentlichen Kulturangebot vor. Die erste Wohngemeinschaft zur Rehabilitation wurde 1985 in Innsbruck eröffnet – in diesem Jahr übernahm auch Hartmann Hinterhuber, der Kryspin-Exner nach dessen Tod als Vorstand der Psychiatrischen Universitäts-Klinik nachgefolgt war, die Präsidentschaft der GPG. Nach und nach entstanden Wohngemeinschaften für bestimmte Zielgruppen: für Menschen mit Essstörungen (1990), für junge Erwachsene (1992), für Obdachlose und Alkoholiker (2005). 1986 wurde als Unterstützungsmaßnahme zur beruflichen Rehabilitation das erste „Berufstrainingszentrum" (BTZ) in Innsbruck eröffnet, mit den Angeboten einer Näherei, Büroarbeiten, einer Küche mit Restaurant und einer Abteilung für Kreativarbeiten, finanziert durch das Arbeitsmarktservice. Ende der 1990er Jahre erweiterten sich die Angebote für die berufliche Integration um eine Fachstelle, die den Übertritt auf den Arbeitsmarkt begleitet („Arbeitsassistenz") und um die „Artis-Integrationsbetriebe", die als sozioökonomische Unternehmen auch Jobmöglichkeiten in einem Tagescafé, einer Wäscherei oder bei der Produktveredelung für Industrie, Gewerbe und Handel boten. Friederike Hafner ist überzeugt, dass diese schrittweise Umsetzung sozio-therapeutischer Konzepte nach Jahren der Erfahrung auch auf die Klinik zurück wirkte:

„Die Zusammenarbeit zwischen unserer Einrichtung und der Klinik betraf nun auch die Therapie, wir begannen, deren Verlauf miteinander abzustimmen. Der

Stellenwert der GPG als sozialtherapeutischer Organisation war inzwischen unumstritten. Wir waren somit maßgeblich daran beteiligt, die ‚Drehtürpsychiatrie' zu vermindern."

Dieser Entwicklung in der Kooperation zwischen der GPG und der Klinik in Innsbruck steht bis Mitte der 1980er Jahre nur ein geringer Kontakt mit dem Landeskrankenhaus in Hall, der damals größten psychiatrischen Versorgungsanstalt des Landes, gegenüber: *„Die Verantwortlichen der Klinik in Hall waren sehr zurückhaltend gegenüber Veränderungen. Erste Reformschritte erfolgten dann ab 1984, als Primar Harald Schubert die Leitung der Haller Anstalt übernahm."* Manchen aber, so Hafner, *„gingen diese Schritte im Haller ‚Nervenkrankenhaus' (erste Öffnung von Stationen und Beginn des psychosozialen Dienstes) wie auch die an der Innsbrucker Klinik zu rasch"*. Anderen gingen sie wiederum zu wenig weit. Hafner berichtet von intensiven Debatten in den 1980er Jahren mit dezidiert psychiatriekritisch orientierten Psychologen, Soziologen, Erziehungswissenschaftlern und Sozialarbeitern, „*die sich als ‚Basaglia-Gruppe' verstanden"*. Seit Mitte der 1970er Jahre gab es in Österreich derartige Initiativen, die mit Neugier und Sympathie die Radikalreformen des italienischen Psychiaters in Triest beobachten. 1976 gründete sich in Wien die „Demokratische Psychiatrie", bald entstanden Gruppen in Graz, Linz und in Tirol. Hafner sagt, sie habe *„diesen kämpferischen Ansatz"* für eine Öffnung der geschlossenen Psychiatrie und die Kritik am Vorrang biologischer-medikamentöser Therapie *„einerseits für wichtig empfunden, andererseits manchmal als zu einseitig orientiert erlebt. Kryspin-Exner und manche Mitarbeiter der Klinik taten sich schwer mit dieser Radikalkritik, die als zu wenig fachlich kompetent angesehen wurde."* Hafner, die Basaglia bei Tagungen erlebte, hält dessen Vorgehen auch im Nachhinein für *„mutig"*, seinen *„politischen Ansatz"* für klug. Er habe *„vor allem im Bewusstsein der Bevölkerung manches verändert"*. Aber Basaglia habe wohl auch viele *„mit seinem Tempo"* überfordert. Nach seinem Tod seien bedauerlicherweise in manchen Regionen Italiens die nötigen Maßnahmen, nämlich Alternativstrukturen außerhalb der Klinik zu schaffen, sehr schleppend umgesetzt worden, *„was mancherorts, wie etwa auch in der Klinik in Pergine und bei dort Entlassenen zu Verwahrlosungszuständen"* geführt habe.

Sie selbst halte auch die deutsche Sozialpsychiatrie, vor allem die Arbeiten von Klaus Dörner und von Erich Wulff, für nachhaltig einflussreich für die Entwicklung der letzten Jahrzehnte.

Das Reha-Gesetz, das Unterbringungsgesetz, die Anti-Stigma-Arbeit

Drei Vorhaben scheinen Hafner besonders bedeutsam in der sozialpsychiatrischen Arbeit der „Gesellschaft für Psychische Gesundheit“. Erstens wurde gesundheitspolitisch versucht, einen Anspruch auf Rehabilitation (außerstationäre Sozialtherapie) bei der Landesregierung durchzusetzen:

„Wir haben uns bald nach Eröffnung des mit Subventionen finanzierten Übergangswohnheims um eine personenbezogene Finanzierung bemüht. Dieser neue Ansatz war für das Land eine Herausforderung. Nach der Vorarbeit in der Sozialabteilung des Landes gelang es, den Grundstein für das Tiroler Reha-Gesetz 1983 zu legen.“

Seither haben psychisch Kranke und Menschen, die von einer körperlichen oder geistigen Behinderung betroffen sind, ein Anrecht auf finanzierte Reha-Maßnahmen: *„Psychisch Kranke wurden von Fürsorgeempfängern zu Personen mit Rechtsanspruch, das war eine erhebliche Veränderung und ein Akt des Menschenrechts“*, betont Hafner. Das Reha-Gesetz hat damit ihrer Ansicht nach auch zu einem Abbau der Stigmatisierung beigetragen, denn *„die Öffentlichkeit trug nun diese Unterstützung zur Rehabilitation mit.“* Zweitens verweist Hafner auf die Mitarbeit der GPG am Entstehungsprozess des österreichischen „Unterbringungsgesetzes (UbG)“, das 1991 in Kraft trat. Dieses und der in der Folge 1992 von Hartmann Hinterhuber und Ullrich Meise vorgelegte Psychiatrieplan Tirol, dem 1995 die Tiroler Psychiatriereform folgte, wirkten nachhaltig verändernd auf die gesamte psychiatrische Landschaft und auch auf die Arbeit der „Gesellschaft für psychische Gesundheit“. Die strengeren Kriterien, mit denen nun der unfreiwillige Aufenthalt psychisch Kranker in Kliniken und psychiatrischen Landeskrankenhäusern geregelt war, und die Leitlinien der Psychiatriereform, die eine „Regionalisierung“ der Versorgung als Ziel festschrieben, führten zu einer Ausweitung des Angebots, auch der GPG.

Ab 1993 gründete die GPG der Reihe nach „Zentren für Psychische Gesundheit“ von Innsbruck ausgehend in mehreren Tiroler Bezirken, an acht Standorten bis heute, 2011. Diese „Zentren“ bestehend aus Beratungsstellen (Psychosozialer Dienst), Tageszentren, Beschäftigungsinitiativen, Berufstrainingszentren, Übergangswohnheimen, Wohngemeinschaften, betreuten Wohnungen, *„verstehen ihr*

Angebot als therapeutisches Bündel, das eine Hilfestellung zur Rückkehr in die eigene Region und Gemeinde bieten soll", so Hafner.

Die Antistigmaarbeit sei eine weiterer, konstanter Arbeitsschwerpunkt, also der Versuch, der Diskriminierung von Menschen mit psychischem Leiden mit Aufklärungsarbeit zu begegnen: *„Wir bemerkten bald, dass Stigma einer der großen bewussten und auch unbewussten Bremsklötze ist und dies bis hinein in die eigenen Familien von Patienten wirkt; dass sich selbst auch Angehörige stigmatisiert fühlen"*, so Hafner. *„Aus dieser Betroffenheit heraus"* seien in Gemeinden unter Einbezug der Bürgermeister Informationsabende angeboten worden. In Innsbruck war ein Filmabend im Congress *„sehr erfolgreich, wo wir mit Menschen einer anderen ausgegrenzten Gruppe kooperierten: mit den Jenischen. Ausgehend von ihren Diskriminierungserfahrungen war es möglich, eine Brücke zu schlagen zur Ausgrenzung psychisch Kranker."* Ein wichtiges Projekt in jüngster Zeit, im Rahmen der Antistigmaarbeit, die ab 1997 mit einer eigenen Abteilung für Öffentlichkeitsarbeit in der GPG unter Ullrich Meise intensiviert wurde, sei das Tiroler Bündnis gegen Depression gewesen, 2005–2010, bei dem versucht wurde, durch Informationskampagnen u.a. im Rahmen von Schulprojekten zur Entstigmatisierung beizutragen. Hilfreich, so Hafner, für die Entwicklung der sozialpsychiatrischen Arbeit sei das verstärkte Interesse an anderen Wissensdisziplinen, wie Soziologie, Erziehungswissenschaften, Ergotherapie, Sozialarbeit gewesen. Im Rückblick auf dreieinhalb Jahrzehnte Aktivitäten der GPG hält es die Sozialpädagogin dennoch für ein Versäumnis, *„dass wir unsere Arbeit unter dem Titel ‚Rehabilitation' zu wenig kritisch wissenschaftlich begleitet haben"*. Auch als Korrektur und Ergänzung zur klinischen und pharmakologischen Forschung *„wäre dies sinnvoll und notwendig."* Sie sieht die Zeit seit Mitte der 1960er Jahre bis heute als *„Epoche, in der die Entwicklung des Fachgebietes Psychiatrie-Sozialpsychiatrie, sowie die großen Veränderungen der Versorgungssysteme und rechtlicher Rahmenbedingungen und das Erstarken von Selbsthilfegruppen eine Zäsur und Erneuerung hervorgebracht haben."*

FH grad. Friederike Hafner, geb. 1936 in Leifers / Südtirol, Schulausbildung in Dornbirn und Bregenz, Mitglied der Frauengemeinschaft „Werk der Frohbotschaft Batschuns“ (Vorarlberg), ab 1962 in dem von der „Frohbotschaft geführten Austrian Catholic Centre London” (heute im Vorstand), Studium an der Fachhochschule für Sozialpädagogik/Sozialarbeit Münster in Westfalen, Arbeit im Psychiatrischen Landeskrankenhaus Gütersloh, ab 1976 Sozialarbeiterin an der Universitätsklinik für Psychiatrie, Innsbruck, daneben Lehrbeauftragte an der Sozialakademie, von 1976–2004 leitend in der Gesellschaft für Psychische Gesundheit – Tirol (bis 1993 als Geschäftsführerin, dann als Direktorin), heute Pensionistin.

Benedikt Sauer

Der Einfluss der Angehörigenbewegung

Gespräch mit Martin Achmüller, Vorstand des Südtiroler Verbandes Angehöriger und Freunde psychisch Kranker

Noch Ende der 1980er Jahre sahen sich Angehörige von Menschen mit psychischer Erkrankung in Südtirol isoliert und überfordert. Der Verein, den einige von ihnen in ihrer Verzweiflung gründen, setzt auf Selbsthilfe und Öffentlichkeitsarbeit. Die Organisation hat maßgeblichen Anteil an den Veränderungen in der Südtiroler Psychiatrie-Landschaft.

Erfahrungen von „Ohnmacht“, von „Unwissenheit“, das Gefühl der „Schande, einen kranken Menschen in der Familie zu haben“, führten Ende der 1980er Jahre in Bozen eine Gruppe von Angehörigen psychisch kranker Menschen zusammen. Auf Einladung der „Südtiroler Gesellschaft für Psychische Hygiene“ wurde im November 1988 zuerst eine „Arbeitgemeinschaft“, im Februar 1989 der „Verband Angehöriger und Freunde psychisch Kranker“ gegründet. Der erste „Aktionsplan“ des Südtiroler Angehörigen-Verbandes unter dem Motto „Gemeinsam sind wir stärker!“ ist Ausdruck großen Unmuts und zugleich des Willens, in organisierter Form auf eine prekäre Situation, auf das weitgehende Fehlen von Betreuungsangeboten, sozialpsychiatrischer wie klinisch-psychiatrischer, zu reagieren. Das Errichten „von Tagesstätten und Wohnheimen“, das Schaffen „von Beschäftigungs- und Freizeitangeboten“, die Auseinandersetzung mit „Missständen bei der Behandlung von psychisch Kranken“ sowie die „Einflussnahme auf Politik und Verwaltung“ und die „Aufklärung der Gesellschaft über die Situation der Familien“ zählten bei der Gründung des Vereins zu den im Aktionsplan festgehaltenen Forderungen und Anliegen.

Ein Jahrzehnt nach der Basaglia-Reform von 1978 und zwanzig Jahre nach der ersten wegweisenden italienischen Psychiatrie-Reform von 1968 („Legge Mariotti“), die das bis dahin gültige Gesetz zu den Psychiatrischen Anstalten von 1904 ersetzte, begannen Personen, die Erkrankten nahe standen, in Südtirol mit Lobby-Arbeit politischen Druck auszuüben. *„Der Nachholbedarf war sehr groß“,* sagt Martin Achmüller, heute Vorstandsmitglied des Angehörigen-Verbandes, damals Kinderarzt mit besonderem Interesse an der Psychosomatik und aus eigener Betroffenheit mit dem Verein in Kontakt.

Um 1990: Fehlende psychiatrische Grundversorgung

Ein klinisches Angebot bestand nur am Krankenhaus Bozen, noch nicht an einem der anderen Spitäler Südtirols. Zum Zeitpunkt der Verbandsgründung gab es hier zwei Abteilungen mit insgesamt 24 psychiatrischen Akutbetten, maximal 15 pro Abteilung sah die Basaglia-Reform als klinische Alternative zu den bisherigen psychiatrischen Anstalten verpflichtend vor. Bis 1994 sollte es bei dieser Akutabteilung in Südtirol bleiben.

Es gab aber dennoch psychisch kranke Menschen in den Kliniken des Landes: An die 200 Patienten und Patientinnen wurden jährlich in Spitälern Südtirols an den Abteilungen für Interne Medizin behandelt. Hauptsächlich jedoch erfolgte die klinisch-psychiatrische Versorgung von SüdtirolerInnen weiterhin außerhalb des Landes, an der Klinik in Pergine sowie an den Krankenhäusern in Hall und Innsbruck – wie in Zeiten der Habsburgermonarchie. Allein an den beiden Tiroler Kliniken befanden sich 1991, als das reformorientierte österreichische Unterbringungsgesetz in Kraft trat, 277 Südtiroler PsychiatriepatientInnen. Die Betreuungsstrukturen außerhalb der Kliniken waren um 1990 noch im Wesentlichen auf dem Stand der 1970er Jahre: *„Es gab es keine Einrichtungen für Rehabilitation, keine Tagesstätten, keine Berufstrainingszentren oder geschützte Wohnungen.“ „Die medizinischen Angebote, die Sozialstrukturen und die Unterstützung der Öffentlichen Hand waren völlig unzureichend“,* so Achmüller. Dabei hätten am Papier bereits seit den 1970er Jahren dank der „Mariotti-Reform“ und des darauf folgenden Landesgesetzes 1976 („Fürsorgedienst für psychische Gesundheit“) die Voraussetzungen für eine Verbesserung der Versorgung bestanden. Die „Mariotti-Reform“ schuf 1968 die Möglichkeit, dass die Provinzen staatliche Gelder beanspruchen können, um psychiatrische Dienste im Land aufzubauen.

Südtirol habe davon aber nicht Gebrauch gemacht, obwohl es mit dem Landesgesetz von 1976 eine Art Selbstverpflichtung einging. Mit diesem Landesgesetz wurden auch in der Provinz Bozen die rechtlichen Grundlagen für die von der 68er-Reform mit ihrem neuen Ansatz der Territorialversorgung vorgesehenen „Zentren für psychische Gesundheit" geschaffen (die im „Mariotti-Gesetz" noch „Zentren für geistige Hygiene" und nach der Basaglia-Reform „Zentren für geistige Gesundheit" hießen). Zwischen 1971 und 1976 entstehen in Südtirol fünf solche Zentren durch die „öffentliche Hand". Das „Mariotti"- und das Landesgesetz sahen für diese Gesundheitszentren ein Mindestmaß an personeller Ausstattung vor: Psychiater, Psychologen, Pflegekräfte und auch SozialassistentInnen, deren Berufsbild mit der Reform entstanden war. Umgesetzt wurden diese Vorgaben nach und nach. In Bruneck und Brixen taten aushilfsweise Psychiater der Universitätsklinik Innsbruck vierzehntägig Dienst, ein teilzeitbeschäftigter Arzt in Bozen hatte Meran und Schlanders mitzubetreuen. Im ganzen Land arbeiteten Mitte der 1980er Jahre erst zehn SozialassistentInnen. Das einzige sozialpsychiatrische Angebot bestand in zwei Wohnheimen, die 1977 in Bozen und in Sterzing für gesamt 18 Personen entstanden. Noch 1989 konstatierte der Bozner Reformpsychiater Elio Dellantonio, dass aufgrund des Personal- und Strukturmangels nur *„Routine-Dringlichkeitspsychiatrie"* betrieben werden könne.

Anfänge der Angehörigenbewegung

Dass sich dann ab Mitte der 1990er Jahre, insbesondere mit dem von Landesrat Otto Saurer in Auftrag gegebenen Landespsychiatrieplan 1996 die Betreuungssituation verbesserte, ist auch der Arbeit des 1989 gegründeten Verbandes der Angehörigen und Freunde psychisch Kranker zu verdanken. Der Südtiroler Angehörigen-Verband entstand nahezu zeitgleich mit vergleichbaren regionalen Selbsthilfe-Organisationen im nahen Ausland. Ein Jahr nach dessen Gründung, 1990, wurde der Bayerische Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker gegründet, im Jahr 1991 – unter Mithilfe der Tiroler Gesellschaft für Psychische Gesundheit – der Tiroler Landesverband von HPE-Österreich (Hilfe für Angehörige und Freunde psychisch Erkrankter).

Die Anfänge der Angehörigenbewegung liegen im deutschen Sprachraum in den 1970er Jahren. Als Initialzündungen in Deutschland gelten der Auftritt einer Angehörigen, Marjorie Wingler, bei der wegweisenden Psychiatrie-Enquête 1973

sowie die Initiativen des deutschen Sozialpsychiaters Klaus Dörner, der ab 1973 Gruppentherapie für Angehörige an der neuen Tagesklinik in Hamburg anbot und mit seinem Buch „Freispruch der Familie“ (1982) der Selbsthilfe-Bewegung zusätzliche Impulse verlieh. Diese mündeten 1985 in der Gründung des „Deutschen Bundesverbandes der Angehörigen“. In Österreich gab es den bundesweiten Dachverband HPE schon seit 1977, nach und nach entstanden hier auch Landesverbände. In Italien organisierten sich Verwandte von PsychiatriepatientInnen erstmals 1967 bei den Kämpfen gegen den Neubau der psychiatrischen Anstalt in Grugliasco bei Turin, der nie bezogen wurde. Anfang der 1980er Jahre schlossen sich mehrere Angehörigen-Verbände zu einem nationalen Koordinierungskomitee zusammen, 1993 entstand der italienische Dachverband „Unione Nazionale delle Associazioni per la Salute Mentale“ (UNASAM) mit dem Südtiroler Verband als Gründungsmitglied.

Die Südtiroler Organisation, die sich auch an Betroffene wandte, richtete sich von Beginn an an alle Landesbewohner, unabhängig von ihrer Muttersprache, sie trat und tritt konsequent zweisprachig auf, italienisch als „Associazione Parenti e Amici di Malati Psichici“. Der Verband verstand sich als Anlaufstelle für eine erste Beratung und Weitervermittlung. Er begann mit „Selbsthilfeberatung“, unterstützte die Gründung von Selbsthilfegruppen („vom Ich zum Wir“), die bald nicht mehr nur durch eigene Vorstandsmitglieder, sondern soweit möglich, von PsychotherapeutInnen begleitet wurden. *„Familien begannen sich selbst gegenseitig zu unterstützen, die Isolation sollte damit durchbrochen werden“*, sagt Achmüller. Das Organisieren von Ferienaufenthalten für Menschen mit psychischen Problemen *„auch als Entlastung für Nahestehende“*, gehörte ebenfalls zu den ersten Aktivitäten, so wie politische Kontaktgespräche und Öffentlichkeitsarbeit. Fünf Jahre nach der Gründung, 1994, müssen die Engagierten zur Kenntnis nehmen, dass es zwar ein paar Freizeitgruppen und einige Tagesstätten gab, sich aber ansonsten, fast zwei Jahrzehnte nach dem oft als „fortschrittlich“ bezeichneten Landesgesetz von 1976, die Psychiatrie-Landschaft Südtirols trotz des Engagements des Gesundheitslandesrates noch nicht entscheidend verändert hatte. Daraufhin wurde die Öffentlichkeitsarbeit verstärkt und zu einem Schwerpunkt in der Tätigkeit. 1995 wird die Zeitschrift „Selbsthilfe / Auto Aiuto“ gegründet, die dreimal jährlich zweisprachig dank ehrenamtlicher Redaktionsarbeit erscheint. Intensiviert wird die Zusammenarbeit mit den Medien. *„Die Anti-Stigma-Arbeit, der Kampf gegen Vorurteile und Scham, wird dabei zu einem der wichtigsten Anliegen.“* Ziel war es, das verbreitete Bild von psychisch Kranken

als *„unberechenbar, unzurechnungsfähig und gefährlich verändern zu helfen*“. Und damit einhergehend *„eine Gleichstellung seelisch Kranker mit körperlich Kranken“* zu erreichen, einem zentralen Anliegen von Angehörigenverbänden auch in Deutschland und Österreich, bis heute: „*Das Recht auf Betreuungsstrukturen wird gefordert, mit derselben Selbstverständlichkeit, mit der medizinische und andere Angebote bei körperlichen Erkrankungen zur Verfügung stehen und verbessert werden“,* sagt Martin Achmüller.

Zur den öffentlichen Aktivitäten zählte auch die Auseinandersetzung mit der jüngeren Geschichte. 1995 organisierte der Verband eine Tagung zu „Deportation und Vernichtung psychisch Kranker aus Südtirol 1939-1945“. Die Tagung, deren Vorträge zum 10-jährigenVerbandsjubliäum 1999 veröffentlicht wurden, war nach den Forschungen des Historikers Leopold Steurer (1982) die erste umfassendere Auseinandersetzung mit den Folgen der NS-Psychiatrie für SüdtirolerInnen.

Die politische Rolle: Lobby-Arbeit und „erste Erfolge“

Entschieden veränderte sich die psychiatrische Betreuungssituation in Südtirol dann mit dem Landespsychiatrieplan von 1996. Zuvor hatten die Innsbrucker Klinikpsychiater Hartmann Hinterhuber und Ullrich Meise (1994) eine Bedarfserhebung vorgelegt, den Plan selbst erarbeitete ein Team unter Koordination von Hugo und Günther Staffler, Beamte im Gesundheitsressort. Erstmals kam dabei dem Verband Angehöriger und Freunde psychisch Kranker eine anerkannte politische Rolle zu. Denn neben den Sozialdiensten der Bezirksgemeinschaften und den „Zentren für psychische Gesundheit“ war auch der Verband in diese mehrjährige Konzepterstellung eingebunden gewesen. Im 1996er Plan wurden unter dem Titel „Psychiatrieplan 2002“ Zielvorgaben für eine Umsetzung innerhalb von sechs Jahren fixiert, und unter anderem folgende Einrichtungen verteilt auf das Land vorgesehen: vier Zentren für psychische Gesundheit als zentrale Anlaufstellen, Psychiatrische Dienste in Krankenhäusern für Diagnose und Akutbehandlung, Day- und Night-Hospitals, Reha-Zentren, Übergangswohnheime, geschützte Wohnungen, Wohngemeinschaften, Berufstrainingszentren, geschützte Werkstätten und Treffpunkte.

Ende der 1990er Jahre konstatiert der Angehörigen-Verband *„erste Erfolge“*: 1994 wird im Krankenhaus Bruneck, 1997 in jenem von Brixen, dann in Meran ein psychiatrischer Dienst errichtet, 2003 wird dann im nahen Sinich das sozial-

psychiatrisch orientierte Basaglia-Haus gegründet, erste geschützte Wohnungen, fünf weitere Wohngemeinschaften, eine Tagesstätte entstehen. *„Es bestand aber weiterhin ein großer Mangel an Fachkräften, der Hauptteil der Belastungen lag weiterhin auf den Familien. Der Verband setzte sich daher für ein Kriseninterventionszentrum ein“,* so Achmüller. Seit 2005 stehen in Südtirol 61 Krankenhausbetten, neun für Day-Hospitals, 12 Wohngemeinschaften zur Verfügung. Ein Großteil der im Psychiatrieplan formulierten und bis 2002 umzusetzenden Zielvorgaben waren nach Auskunft des ehemaligen Gesundheitslandesrates Otto Saurer damit verwirklicht.

Auch innerhalb des Angehörigen-Verbandes wurde, so gut dies angesichts der geringen finanziellen Mittel möglich war, das Angebot erweitert. Die Ferienaufenthalte, die im Lauf der Jahre stark nachgefragt wurden, werden ausgebaut, bis zu heute sieben Ferienaufenthalten jährlich für 140 Teilnehmer mit 40 Begleit- und Pflegepersonen (2009). Der Beratungsdienst wird erweitert: *„Dem Wunsch vieler nach persönlichem Gespräch wird versucht, so gut es geht entgegenzukommen. Aufgrund der teils erheblichen Distanzen zwischen den Heimatgemeinden und der Beratungsstelle in Bozen ist dies aber nicht immer einfach zu organisieren“*, so Achmüller.

Im 18. Verbandsjahr, 2007, gelingt es, die Beratungen unter dem Namen „Stützpunkt“ zu professionalisieren und auszubauen. Mittlerweile standen dem Verband zweieinhalb Arbeitskräfte für die Verbandstätigkeit zur Verfügung, die zu 75 Prozent vom Land finanziert wird, die restliche Arbeit wird durch Spenden, Mitgliedsbeiträge und durch ehrenamtliche Tätigkeit ermöglicht. Wichtiger Partner für den Verband wird ab 1999 die Organisation „Lichtung/Girasole“. Die in Bruneck gegründete erste Selbsthilfegruppe psychisch Erkrankter richtet sich vor allem an Menschen, die unter Depressionen und Angststörungen leiden. Nach und nach erweitert die „Lichtung“ ihre Aktivitäten, entstehen weitere fünf Gruppen im Land, die sich als dritte Säule neben der Psychotherapie und medikamentöser Behandlung verstehen. Obwohl dieses Selbsthilfe-Angebot zunahm, habe der Angehörigen-Verband noch 2008 feststellen müssen, *„dass Selbsthilfegruppen zu wenig bekannt sind, sowohl bei Erkrankten, wie auch bei Ärzten, Pflegern, Verwaltern und Politikern“,* so Achmüller.

In neuen Leitlinien des Jahres 2004 wünscht sich die Organisation, die mittlerweile an die 400 Mitglieder zählt, dass Angehörige auch in die Betreuungssituation eingebunden würden, dass der Dialog Arzt – Patient *„zu einem regelmäßigen Trialog erweitert"* werde. *„Eines der Hauptziele wird nun die berufliche Wiedereingliederung, von den beschäftigungstherapeutischen Maßnahmen zu Arbeitsintegration zu gelangen."* Hilfreich seien dabei die Sozialgenossenschaften vom Typ B, *„bei denen mindestens ein Drittel der Jobs von Menschen mit Behinderungen besetzt sein müssen. Am freien Markt ist die Situation oft sehr schwierig."* Das Augenmerk der Lobby-Arbeit wurde in den letzten Jahren auch auf betroffene Kinder- und Jugendliche gerichtet, *„eine Arbeit, die seit kurzem ein wenig Früchte zu tragen beginnt"*. 2007 beschloss die Landesregierung, ein landesweites Netzwerk für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu gründen, unter Einbindung der Sozialdienste. Fünf sozialpädagogische Wohngemeinschaften nehmen nun auch insgesamt 20 junge Menschen mit psychiatrischen Diagnosen auf, 2010 wurde eine sozialtherapeutische Genossenschaft gegründet. *„Das Angebot ist aber insgesamt unzureichend",* so Achmüller. Geplant ist die Errichtung von Fachambulanzen und einer klinischen Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Was in den Augen des Verbandes *„völlig fehlt"*, sind *„spezialisierte Betreuungsformen für alte Menschen mit psychischen Erkrankungen."* Eine 2010 vom Angehörigen-Verband durchgeführte Befragung in Altersheimen und in den Zentren für psychische Gesundheit ergab, dass in Südtirol mehr als 200 alte Menschen leben, welche aufgrund ihrer psychischen Erkrankung *„eine geeignete Unterbringung mit einer spezifischen stundenweisen Betreuung benötigen würden, die ihnen in Altersheimen nicht gewährt werden kann"*, so Achmüller. Der Verband habe schon 1990 auf einen Bedarf aufmerksam gemacht.

Und trotz der teils weitreichenden Veränderungen in der regionalen Psychiatrie-Landschaft bleibt die Anti-Stigma-Arbeit zentrales Anliegen: *„Eine jüngste Umfrage des Landes zeigte, dass ein Drittel der Bevölkerung psychisch Kranke Menschen für Spinner hält. Wir haben da noch genug zu tun."*

Dr. Martin Achmüller, geb. 1950 in Bruneck, Studium der Medizin und Ausbildung zum Facharzt für Kinderheilkunde in Innsbruck, arbeitete zunächst im Krankenhaus Brixen, ab 1985 in Freier Praxis in Bozen. Aufgrund eigener Betroffenheit mit der Situation psychisch erkrankter Menschen vertraut. Seit 2008 im Vorstand des Südtiroler Verbandes Angehöriger und Freunde psychisch Kranker.

Benedikt Sauer

Die neue Rolle der Pflegekräfte

Gespräch mit Karl-Heinz Alber, dem geschäftsführenden Obmann des Psychosozialen Pflegedienstes Tirol (PSP)

Die Initiative zur Gründung des Psychosozialen Pflegedienstes ging von einer Krankenschwester aus, 1986, wenige Jahre bevor mit dem österreichischen Unterbringungsgesetz von 1991 und dann mit dem Tiroler Psychiatrieplan 1995 entscheidende Reformen zur Ausgliederung von PatientInnen aus den psychiatrischen Kliniken eingeleitet wurden. *„Es gab zwar mehrere Krankenpfleger, die an Ähnliches dachten wie die Kollegin. Aber sie hat dann konkret etwas unternommen"*, erzählt PSP-Obmann Karl-Heinz Alber, der ehemals selbst als Pfleger im Psychiatrischen Krankenhaus in Hall arbeitete. Irma Fussenegger war Mitte der 1980er-Jahre an der Psychiatrischen Universitätsklinik in Innsbruck beschäftigt, sah Patienten und Patientinnen gehen und bald wiederkommen – den als „Drehtürpsychiatrie" bekannten Kreislauf. *„Sie war davon überzeugt"*, sagt Alber, *„dass es gelingen kann, Patienten außerhalb der Klinik zu stabilisieren, wenn diese von Pflegepersonen, von jenen also, die den Werdegang der Patienten gut kannten, nach außen begleitet und außerstationär ambulant betreut werden."*

Die Krankenschwester dachte an eine organisierte Nachbetreuung, sprach mit Ärzten, der ärztlichen Direktion, der Sozialabteilung des Landes, warb nach einer ersten öffentlichen Finanzierungszusage in den psychiatrischen Kliniken in Innsbruck und Hall, um Kolleginnen und Kollegen für die Mitarbeit an einer nebenberuflichen außerstationären Betreuung von PatientInnen. Sie begann mit einem kleinen Team, noch ohne Vereinsstruktur, als Privatinitiative. *„Die mitarbeiterfreundlichen Arbeitszeiten in den Kliniken ermöglichten es, dass Krankenpfleger und Krankenschwestern neben ihrer Arbeit bei dieser ambulanten Nachbe-*

treuung von ehemaligen Klinikpatienten mitmachten", sagt Alber, der von Anfang an mit dabei war. Heute ist der Psychosoziale Pflegedienst Tirol mit Hauptsitz in Hall eine der beiden großen sozialpsychiatrisch orientierten Organisationen in Tirol neben der Gesellschaft für Psychische Gesundheit und dem kleinen Verein START. Im Jahr 2010 waren 332 MitarbeiterInnen beim PSP angestellt, im Schnitt zu 25 Wochenstunden, 75 Prozent davon Frauen. An die 1100 Menschen mit psychischen Erkrankungen, etwas mehr Frauen (55 Prozent) als Männer, werden kontinuierlich professionell unterstützt, mit dem Ziel, diesen *„Rehabilitationsmöglichkeiten anzubieten"*, und damit *„ein möglichst eigenständiges Leben innerhalb der Gesellschaft zu ermöglichen"*.

Vorsichtige Schritte im neuen Alltag außerhalb der Anstalt

Seit 1988 ist der PSP als Verein organisiert. Anfangs betreuten 44 Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen 47 Personen, fast ausnahmslos nebenberuflich auf Honorarbasis. Zuvor, bereits kurz nach dem Start der Privatinitiative 1986, hatte sich das Aufgabenfeld spürbar erweitert. *„Nach wenigen Monaten schon sei klar geworden, dass zusätzliche professionelle Hilfestellungen nötig seien"*, so Alber. Die anfangs vom PSP betreuten Klienten hatten damals ausnahmslos lange oder mehrfache Klinikaufenthalte hinter sich. Viele mussten mühsam lernen, den Alltag außerhalb der Klinik zu bewältigen. Als erste Struktur wurde ein eigener Aufenthaltsort, eine „Tagesstruktur" (in der Innsbrucker Schöpfstraße) geschaffen, wo die aus der Klinik Entlassenen *„so sein konnten, wie sie waren und akzeptiert wurden",* sagt Alber. Diese Stätte wurde nach und nach zur vielfachen Anlaufstelle, zum Ort für Sozialkontakte, zur Beratungsstelle für einen beruflichen Wiedereinstieg. Finanzielle Angelegenheiten der betreuten Personen waren zu regeln, *„manchen Patienten sind nach einigen Monaten Klinikaufenthalt ohne Dach über'm Kopf dagestanden, weil ihnen die Wohnung gekündigt wurde"*. Der PSP suchte Sozialarbeiter, *„so kam bald schon eine zweite Berufsgruppe dazu"*. Heute sei Sozialarbeit im Rahmen psychiatrischer Betreuung *„eine Selbstverständlichkeit"*.

1987 wurde die erste betreute Wohngemeinschaft gegründet, gedacht als erste eigene Wohnmöglichkeit für PatientInnen außerhalb der Klinik und des Familienverbandes. *„Vorher, in der Anstalt, wohnten Patienten bestenfalls in einem Sechs-Bett-Zimmer, Mitte der 1980er-Jahre übernachteten viele noch in einem Schlaf-*

saal. Es gab Schlafräume für 30 Personen", erinnert sich der PSP-Obmann. 23 der 24 Klinikstationen in der Psychiatrie in Hall wurden damals als geschlossene Abteilungen geführt, mit an die 900 PatientInnen: *„Die Menschen lebten auf diesen Stationen."* Die Dauer des Aufenthalts sei auch vom jeweils zuständigen Arzt abhängig gewesen: Wenn bestimmte Ärzte für die Aufnahme zuständig waren, hätten PatientInnen damit rechnen müssen, dass sie unabhängig vom Krankheitsbild frühestens nach einem halben Jahr auf eine Entlassung hoffen konnten. *„Ohne Ausgang kam niemand heraus".* Ausgang hieß: die Möglichkeit, am Psychiatrieareal in einem der klinikeigenen Betriebe mitarbeiten zu können, in der Landwirtschaft, der Gärtnerei, beim Tischler, Elektriker oder Maurer. *„Das Psychiatrische Krankenhaus in Hall war ja weitgehend autark organisiert. Ich hab noch die Kartoffelernten vor Augen, bei denen immer viele Patienten mitgearbeitet haben",* erzählt Alber. Als sich Jahre später, in den 1990ern die Anstaltstore allmählich öffneten, *„wurden die guten Arbeitskräfte eher später entlassen als andere"*.

Karl-Heinz Alber verbindet Kindheitserinnerungen mit dem Leben in der Psychiatrie. Er war psychiatrischer Krankenpfleger in der dritten Generation. Der Großvater und beide Eltern arbeiteten in der Anstalt, die Eltern lebten einige Jahre auch in einer Dienstwohnung: So eine Familientradition sei nichts Ungewöhnliches bei psychiatrischen Pflegern, deren Berufsbild sich so wie die Klinik erheblich verändert habe.

„Damals, als der Psychosoziale Pflegedienst mit seiner Tätigkeit begann, war die Klinik [in Hall] großteils noch ein Ort der Verwahrung", so Alber. *„Als wir 1996 das erste Wohnheim, ein Einfamilienhaus in Volders für fünf ehemalige PsychiatriepatientInnen angemietet haben, für mich eine der schönsten Erfahrungen, da haben wir die stationäre Aufenthaltsdauer der neuen Bewohner zusammengezählt: 125 Jahre waren diese fünf Personen in der psychiatrischen Anstalt gewesen."*

Angesichts oft langer Klinikaufenthalte waren die Betreuer auf einen vorsichtigen Übergang von der Klinik in ein Leben außerhalb der Anstalt bedacht, in kleinen Schritten. Anfangs ging's oft um ein langsames Gewöhnen an die neue, fremde Umgebung, nur untertags, bevor sich die ehemaligen KlinikbewohnerInnen zutrauten, bei mehrstündiger Betreuung am Tag, in ein Wohnheim zu ziehen.

Folgen der Regionalisierung, die Rolle der Patientenanwaltschaft

1991 kam es zu einer nachhaltigen Veränderung: *„Das neue Unterbringungsgesetz (UbG) war ein massiver Einschnitt"*, sagt Karl-Heinz Alber. Erstmals gab es mit dem UbG strenge Regelungen für Aufnahmen. Nur mehr psychisch Kranke, nicht mehr etwa geistig behinderte Menschen, durften gegen ihren Willen in Kliniken untergebracht werden, und dies – nach richterlicher Prüfung – nur bei fehlenden Behandlungsmöglichkeiten außerhalb der Klinik und bei erheblicher Gefahr für die eigene Gesundheit oder die von anderen. Die Zahl der KlinikpatientInnen sank in der Folge erheblich.

Für das Pflegepersonal kam die Veränderung schlagartig, unvorbereitet. *„Ich weiß noch, wie am 2. Jänner 1991, dem ersten Werktag nach Inkrafttreten des Gesetzes, um neun Uhr die ersten Patientenanwälte auf meine Station kamen und fragten, wieso die Türen geschlossen sind. Die Aufregung war groß."* Die Ärzte hätten nicht sofort reagiert, doch nach zwei, drei Wochen sei die Station geöffnet worden.

„Vom neuen Gesetz hab ich nur durch Zufall erfahren, wenige Wochen vorher im Dezember. Der Gesetzestext lag da, ich hab ihn gelesen, aber nicht gedacht, dass das für uns konkrete Folgen haben könnte. Das Gesetz war vorher intern nie Thema, bei keiner Besprechung, obwohl es viele Monate vor Inkrafttreten vorlag. Die Krankenhaus-Leitung hat uns nicht darauf vorbereitet".

Alber meint, aus heutiger Sicht sei den Patientenanwälten zugute zu halten, dass sie sich *„so vehement"* für die Umsetzung des Gesetzes eingesetzt haben, *„sonst hätten wir womöglich heute noch einen zahnlosen Vollzug"*. Durch das Unterbringungsgesetz und in der Folge auch durch die Tiroler Psychiatriereform von 1995 änderte sich für den Psychosozialen Pflegedienst Entscheidendes. Mit dem UbG ergab sich die Notwendigkeit des Aufbaus sozialpsychiatrischer Strukturen in Tirol. Da zudem die in der Psychiatriereform vorgesehene Regionalisierung auch die außerstationäre Betreuung betraf, *„wuchs unser Verein ab Mitte der 1990er Jahre in drei, vier Jahren enorm: Wir hatten mehrere Jahre lang Zuwächse an Personal und betreuten Personen um jeweils 50 Prozent."* Für den noch jungen Verein waren dies Jahre mehrfacher Herausforderung.

„Wir hatten ja gerade erst mit dem Aufbau einer Organisationsstruktur begonnen. Da war es nötig, auf die steigende Nachfrage nach außerstationärer Betreuung zu reagieren und gleichzeitig mit einer regionalen Erweiterung des PSP, mit dem Aufbau von Strukturen in anderen Landesteilen zu beginnen",

erinnert sich Alber, der 1993 den Beruf als Krankenpfleger aufgab und geschäftsführender PSP-Obmann wurde. Bis 1994 war die PSP-Tätigkeit auf den Raum Innsbruck konzentriert, ab 1995 kamen Innsbruck-Land mit Bereichsstellen in Hall und Telfs hinzu, bis 1997 weitere Zuständigkeiten für die Bezirke Kufstein und Kitzbühel mit Anlaufstellen in Wörgl bzw. St. Johann und ein Jahr später auch Beratungsstellen in Zell am Ziller und in Matrei am Brenner. 2001 wurde die Einrichtung „PSP-Transform" gegründet, die auf Auftragsbasis Arbeitstraining im Bereich der Holzverarbeitung, Gartenpflege und Forstarbeit für den beruflichen Wiedereinstieg anbietet. Seit 2005 betreibt der PSP ebenfalls zur beruflichen Rehabilitation am Areal der ehemaligen psychiatrischen Anstalt in Hall ein öffentlich zugängliches „Park-Café". Enge Kooperationen bestehen mit der Beratungsstelle für Abhängigkeitserkrankungen BIN und mit dem Verein Vaget (Übergangshilfe Tirol), der ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen betreut. Nach außen treten die Organisationen mittlerweile gemeinsam auf, als Psychosoziale Zentren Tirols.

Die Wahrnehmung psychisch Erkrankter

Heute arbeitet der Psychosoziale Pflegedienst mit einem multiprofessionellen Team aus Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, diplomierten SozialarbeiterInnen, PsychotherapeutInnen und PsychologInnen, mit diplomierten ErgotherpeutInnen, SozialpädagogInnen und DiätologInnen sowie mit NeurologInnen und mit PsychiaterInnen, die auch in die Vereinsstruktur eingebunden sind. Betreut werden vom PSP vor allem Personen mit schweren psychischen, meist chronischen Erkrankungen. Dabei bemängelt Alber, dass es im Feld der sozialpsychiatrischen Versorgung keine umfassenden regionalen Zuständigkeiten gibt: *„Sinnvoll wäre ein Vollversorgungsauftrag jeweils für eine Einrichtung, die dann für die Begleitung einzelner PatientInnen in einer Region verantwortlich ist und bleibt, bei der*

stationären wie der außerstationären Betreuung.“ Damit würde es kein *„Hin- und Herschieben von schwierigen Patienten“* zwischen den Einrichtungen mehr geben.

Für eine Beratung können sich PatientInnen direkt, von sich aus, an den PSP Tirol wenden, für eine darüber hinausgehende Betreuung ist die Zuweisung durch einen Facharzt, also eine psychiatrische Diagnose nötig. Finanziert wird der PSP über Taggelder für jede betreute Person oder, beim aufsuchenden ambulanten Dienst, über Stundenabrechnungen. Das Fehlen einer öffentlichen Basisfinanzierung erschwere die Finanzgebarung, weil diese Schwankungen unterworfen und es somit nicht möglich sei, finanzielle Reserven zu bilden, weshalb oft auf Anfragen von KlientInnen nicht rasch genug reagiert werden könne. Wenn PatientInnen in eine Tagestruktur eingebunden seien oder sich in einem betreuten Wohnverhältnis befänden, bestünde ein Rechtsanspruch auf Unterstützung, beim aufsuchenden Dienst sei dies nicht der Fall.

Angesprochen auf seine Wahrnehmung des gesellschaftlichen Umgangs mit psychischen Erkrankungen und die lange Stigmatisierung psychisch Erkrankter, meint Alber: *„Es hat sich schon einiges verbessert. Wenn ich an die erschreckenden Reaktionen in manchen Ortschaften denke, als wir 1995 in einigen Bezirken nach Räumlichkeiten suchten – da herrschte außerhalb von Innsbruck noch die Wildnis.“* Heute sei es möglich, jedenfalls für Menschen mit Depressionen, dazu auch zu stehen, so Alber. Dennoch nimmt er eine Differenz wahr: *„Behindertenorganisationen ist es innerhalb von zwei Jahrzehnten gelungen, dass sich die Wahrnehmung von Menschen mit körperlicher oder geistiger Behinderung verändert hat, psychisch Erkrankte sind nach wie vor stigmatisiert.“*

Karl-Heinz Alber, geb. 1957, absolvierte eine Lehre als Spediteur, bevor er ab 1986 (bis 1993) als Krankenpfleger im Psychiatrischen Krankenhaus in Hall arbeitete. 1986 schloss Alber die Ausbildung zum Diplomierten Psychiatrischen Krankenpfleger ab und begann im selben Jahr nebenberuflich mit der Mitarbeit beim eben als Initiative gegründeten Psychiatrischen Pflegedienst PSP Tirol (1988 wird der PSP ein Verein). Seit 1988 sitzt Alber im PSP-Vorstand, ab 1990 als Obmann, seit 1992 ist er Angestellter des Pflegedienstes, seit 1995 geschäftsführender Obmann. 1995–1997 absolvierte er den Hochschullehrgang für Führungsaufgaben im Gesundheitswesen, 2003 Qualifizierung als Excellence-Assessor der EFQM (Europaen Foundation für Quality Management).

Abbildungsverzeichnis

Verzeichnis der Grafiken und Tabellen

Archive und Bibliotheken

Archivio dell'Ospedale Psichiatrico di Pergine Valsugana
Bundesarchiv Berlin (BA Berlin)
Historisches Archiv des Psychiatrischen Krankenhauses Hall i.Tirol
Österreichisches Staatsarchiv Wien
Südtiroler Landesarchiv (SLA)
Tiroler Landesarchiv (TLA)
Zentrum für Psychiatrie Münsterklinik Zwiefalten
Zentrum für Psychiatrie Bad Schussenried
Zentrum für Psychiatrie Weissenau

Biblioteca Storica Tre Castagni ex Ospedale Psichiatrico di Pergine Valsugana
Bibliothek des Psychiatrischen Krankenhauses Hall (jetzt: Landeskrankenhaus Hall)
Bibliothek des Landesmuseum Ferdinandeum
Universitäts- und Landesbibliothek Innsbruck

Bibliografie

Achrainer, Martin / Ebner, Peter, „Es gibt kein unwertes Leben“. Die Strafverfolgung der „Euthanasie“-Verbrechen, in: Albrich, Thomas / Garscha, Winfried R. / Pollaschek, Martin F. (Hg.), Holocaust und Kriegsverbrechen vor Gericht. Der Fall Österreich, Innsbruck-Wien-Bozen 2006, S. 57-86.

Alexander, Helmut / Lechner, Stefan / Leidlmair, Adolf, Heimatlos. Die Umsiedlung der Südtiroler, Wien 1993.

Ankele, Monika, Alltag und Aneignung in Psychiatrien um 1900. Selbstzeugnisse von Frauen aus der Sammlung Prinzhorn, Wien-Köln-Weimar 2009.

Antonelli, Quinto / Ficco, Felice (a cura di), Psycopathia sexualis. Memorie di un internato psichiatrico, Trento 2003.

APIS – Zeitschrift für Politik, Ethik, Wissenschaft und Kultur im Gesundheitswesen 2 (1993).

Ärztekammer für Tirol, Substitutionsbericht für Tirol 2008, Innsbruck 2008.

Bachner, Daniela et.al., Sturzprophylaxe für ältere und alte Menschen in Krankenhäusern und Langzeitpflegeeinrichtungen: Evidence-based Leitlinie, Graz 2009.

Balz, Viola, Zwischen Wirkung und Erfahrung – eine Geschichte der Psychopharmaka. Neuroleptika in der Bundesrepublik Deutschland, 1950–1980, Bielefeld 2010.

Banfi, Emanuele / Cordin, Patrizia, Pagine di scuola, di famiglia, di memorie: per un’indagine sul multilinguismo nel Trentino austriaco, Trento 1996.

Barbini, Valeria P., Liberi tutti: manicomi e psichiatria in Italia. Una storia del Novecento, Bologna 2009.

Basaglia, Franco, Die Entscheidung des Psychiaters. Bilanz eines Lebenswerks, Bonn 2002.

Basaglia, Franco, La distruzione dell’ospedale psichiatrico come luogo d’istituzionalizzazione: mortificazione e libertà dello ’spazio chiuso‘: considerazioni sul sistema ’open door‘, in: Ongaro Basaglia, Franca (a cura di), L’utopia della realtà, Torino 2005.

Basaglia, Franco, La distruzione dell’ospedale psichiatrico come luogo d’istituzionalizzazione, Vortrag gehalten am International Congress of Social Psychiatry in London 1964, in: Toresini, Lorenzo / Mezzina, Roberto (editors / a cura di), Beyond the wall / oltre i muri. La deistituzionalizzazione nelle migliori pratiche europee di salute Mentale, Merano 2010, pp. 37-49.

Benzenhöfer, Udo, Psychiatrie und Anthropologie in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts, Stuttgart 1993.

Bericht der Landes-Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke in Hall in Tirol für die Jahre 1912–1913. Selbstverlag der Landes- Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke, Hall in Tirol 1915.

Bericht der Landes- Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke in Hall in Tirol für die Jahre 1914–1924, Selbstverlag der Landes- Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke, Hall in Tirol 1926.
Bernard, Paul, L'infermiere psichiatrico, Milano 1976.
Beveridge, Allan, Life in the Asylum: patients' letters from Morningside, 1873–1908, in: History of Psychiatry 4 (1998), S. 431-469.
Bienville, D. T., La ninfomania o sia il furore uterino, Venezia 1786.
Blasius, Dirk, „Einfache Seelenstörung". Geschichte der deutschen Psychiatrie 1800–1945, Frankfurt am Main 1994.
Bleuler, Eugen, Lehrbuch der Psychiatrie mit 49 Textabbildungen, Berlin 1916.
Braun von, Christina, Frauenkrankheit im Spiegelbild der Geschichte, in: Akashe-Böhme, Farideh (Hg.), Von der Auffälligkeit des Leibes, Frankfurt am Main 1995.
Braun von, Christina, Männliche Hysterie – weibliche Askese, in: Braun von, Christina (Hg.), Die schamlose Schönheit des Vergangenen, Frankfurt am Main 1989, S. 51-81.
Braun von, Christina, Nicht Ich. Logik – Lüge – Libido, Frankfurt am Main 1985.
Bronfen, Elisabeth, Das verknotete Subjekt. Hysterie in der Moderne, Berlin 1998.
Brückner, Burkhart, Basiswissen: Geschichte der Psychiatrie, Bonn 2010.
Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e. V. (BUKO-QS), Qualitätsniveau I: Mobilität und Sicherheit bei Menschen mit demenziellen Einschränkungen in stationären Einrichtungen, Heidelberg 2008.
Cavazzoni, Ermanno, Le "autobiografie mentali" negli ospedali psichiatrici emiliani, in: Materiali di Lavoro I-II (1990), pp. 61-71.
Cerletti, Ugo, La fossa dei serpenti, in: il Ponte (1949), pp. 1371-1377.
Chmielewski, Alexandra, Auf dem Weg zum Experten. Die Herausbildung des psychiatrischen Berufsstandes in Süddeutschland (1800 bis 1860), in: Berding, Helmut / Klippel, Diethelm / Lottes, Günther (Hg.), Kriminalität und abweichendes Verhalten: Deutschland im 18. und 19. Jahrhundert, Göttingen 1999, S. 105-140.
Chmielewski, Alexandra, Norm und Autonomie. Legitimierungsstrategien und Deutungsmacht süddeutscher Anstaltspsychiater in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts, in: Fangerau, Heiner / Nolte, Karen (Hg.), „Moderne" Anstaltspsychiatrie im 19. und 20. Jahrhundert – Legitimation und Kritik, Stuttgart 2006, S. 67-82.
Colucci, Mario / Di Vittorio, Pierangelo, Franco Basaglia, Milano 2001.
Corbellini, Gilberto / Jervis, Giovanni, La razionalità negata: psichiatria e antipsichiatria in Italia, Torino 2008.
Dellantonio, Elio, Die Lage der Psychiatrie in Südtirol, in: Skolast. Zeitschrift der Südtiroler Hochschülerschaft 34 (1989), Nr. 3.
De Vecchis, Primo, Tobino, Basaglia e la legge 180: storia di una polemica, in: Ferroni, Giulio (a cura di), Il turbamento e la scrittura, Roma 2010, pp. 171-187.
Deutscher Bundestag, Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Psychiatrie-Enquete, Bonn 1975.
Didi-Hubermann, Georges, Erfindung der Hysterie, München 1997 [1982].
Di Diodoro, Domenico / Ferrari, Giuseppe, Percorsi di ricerca per la storia della follia nell'800 bolognese, in: Pastore, Alessandro / Sorcinelli, Paolo (a cura di), Emarginazione, criminalità e devianza in Italia fra '600 e 900', Milano 1990.
Dietrich-Daum, Elisabeth / Taiani, Rodolfo (Hg.), „Psychiatrielandschaft / Oltre il manicomio". Themenheft der Zeitschrift „Geschichte und Region / Storia e regione" 17/2 (2008).

Dietrich-Daum, Elisabeth / Taddei, Elena, Curare – segregare – amministrare. L'assistenza e la gestione dei "mentecatti" in un contado del Tirolo: l'esempio del medico generico Franz von Ottenthal (1818–1899) di Campo Tures, in: Dietrich-Daum, Elisabeth / Taiani, Rodolfo (a cura di), „Psychiatrielandschaft / Oltre il manicomio". Themenheft der Zeitschrift „Geschichte und Region / Storia e regione" 17/2 (2008), pp. 83-102.
Dietrich-Daum, Elisabeth, „Care" im „ultimum refugium". Versorgungshäuser als Orte kommunaler Armenpflege und -politik im 19. Jahrhundert, in: Appelt, Erna / Heidegger, Maria / Preglau, Max / Wolf, Maria A. (Hg.), Who Cares? Betreuung und Pflege in Österreich. Eine geschlechterkritische Perspektive, Innsbruck-Wien-Bozen 2010, S. 165-176.
Dietrich-Daum, Elisabeth / Heidegger, Maria, „Irrenbefreiung" oder die historische Inszenierung eines Sieges in der Psychiatrie, in: Fahlenbock, Michaela / Madersbacher, Lukas / Schneider, Ingo (Hg.), Inszenierung des Sieges – Sieg der Inszenierung. Interdisziplinäre Perspektiven, Innsbruck-Wien-Bozen 2011, S. 45-55.
Di Marco, Giacomo, Moosbrugger a Pergine?, in: Antonelli, Quinto / Ficco, Felice (a cura di), Psycopathia sexualis. Memorie di un internato psichiatrico, Trento 2003, pp. 5-8.
Egger, Gertraud, Irren-Geschichte – irre Geschichte. Zum Wandel des Wahnsinns unter besonderer Berücksichtigung seiner Geschichte in Italien und Südtirol, Diplomarbeit, Innsbruck 1999.
Engstrom, Eric / Hess, Volker (Hg.), Zwischen Wissens- und Verwaltungsökonomie. Zur Geschichte des Berliner Charité Krankenhauses im 19. Jahrhundert (=Jahrbuch für Universitätsgeschichte, 3/2000).
Engstrom, Eric, Clinical Psychiatry in Imperial Germany. A History of Psychiatric Practice, Ithaca-London 2003.
Erlacher, Norbert, Österreichische Psychiatrie-Enquete, Linz 2005.
Faulstich, Heinz, Hungersterben in der Psychiatrie 1914–1949. Mit einer Topographie der NS-Psychiatrie, Freiburg im Breisgau 1998.
Ficco, Felice, „La casa dei matti" di Chiarano. Un „centro" per la custodia di mentecatti nel Trentino dell'Ottocento, in: Archivio trentino 2 (2006), pp. 31-51.
Ficco, Felice / Taiani, Rodolfo (a cura di), Abitare la soglia. Scene di vita in un interno manicomiale, 1947–1977, Trento 2007.
Finzen, Asmus, Das Ende der Anstalt. Vom mühsamen Alltag der Reformpsychiatrie, Bonn 1985.
Fischer-Homberger, Esther, Krankheit Frau. Zur Geschichte der Einbildung, Darmstadt 1984.
Fontanari, Valerio, Evoluzione storica della figura dell'infermiere psichiatrico, in: Drigo, Maria Luisa / Borzaga, Laura / Mercurio, Angelo / Satta, Efisia (a cura di), Clinica e nursing in psichiatria, Milano 1993.
Forster, Rudolf / Kinzl, Harald, 15 Jahre Unterbringungsgesetz, in: iFamZ (November 2007), S. 294-298.
Forster, Rudolf, Staat, Politik und Psychiatrie in Österreich. Am Beispiel der rechtlichen Regulierung von Zwangsmaßnahmen von 1916–1990, in: Keintzel, Brigitta / Gabriel, Eberhard (Hg.), Gründe der Seele. Die Wiener Psychiatrie im 20. Jahrhundert, Wien 1999, S. 166-189.
Forster, Rudolf, Psychiatrische Versorgung und Psychiatriepolitik in Österreich 1970–1990, in: Froschauer, Ulrike / Krajic, Karl / Pelikan, Jürgen M. (Hg.), Psychosoziale

Versorgung und Gesundheitsberufe in Österreich. Ausgewählte Aspekte aus sozialwissenschaftlicher Perspektive, Wien 1994.
Friedlander, Henry, Der Weg zum NS-Genozid. Von der Euthanasie zur Endlösung, Berlin 1997.
Gallerie merkwürdiger Tiroler, in: Südtiroler Volksblatt 1867, Beilagen Nr. 16, 18, 20, 24, 28, 30.
Galzigna, Mario / Terzian, Hrayr, L'Archivio della Follia. Il manicomio di San Servolo e la nascita di una Fondazione. Antologia di testi e documenti, Venezia 1980.
Galzigna, Mario, La malattia morale. Alle origini della psichiatria moderna, Venezia 1988.
Geduldig, Cordula, Die Behandlung von Geisteskranken ohne psychischen Zwang. Die Rezeption des Non-Restraint im deutschen Sprachgebiet, Dissertation, Zürich 1975.
Gmür, Wolfgang, Reduzierung freiheitseinschränkender Maßnahmen in Münchner Altenpflegeheimen im Zusammenhang mit der Heiminternen Tagesbetreuung (HIT), München 2005.
Gnocchi, Emilio / Memmi, Vito / Tacchini, Maria Ausilia, Nuovi modelli d'intervento dell'infermiere psichiatrico, Torino 1993.
Goffman, Erving, Asyle: Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen, Frankfurt am Main 1972 (Torino 1968 und 2001).
Grandi, Casimira / Taiani, Rodolfo (a cura di), Alla ricerca delle menti perdute. Progetti e realizzazioni per il riuso degli ex ospedali psichiatrici nei territori italiani appartenuti all'Impero asburgico (=Quaderni di Archivio trentino 6), Trento 2002.
Grießenböck, Angela, Die „Landesirrenanstalt" in Hall in Tirol und ihre Patientinnen und Patienten (1882–1919), Dissertation, Innsbruck 2009.
Grießenböck, Angela, Die „Landes-Irrenanstalt Hall in Tirol". Eine vergleichende Darstellung mit der „Landes-Irrenanstalt Feldhof bei Graz" (Zeitraum von 1830 bis 1912), in: Tiroler Heimat 71 (2007), S. 131-156.
Halper-Zenz, Juliane / Presslauer, Angelika, Vom Umgang mit Armen, Irren und Behinderten in Tirol. Vom Ausschluß zur Diskriminierung zur Integration, Diplomarbeit, Innsbruck 1996.
Härle, Jürgen, Die demokratische Psychiatrie in Italien. Modell und Utopie, München 1988.
Heidegger, Maria / Dietrich-Daum, Elisabeth, Die k. k. Provinzial-Irrenanstalt Hall in Tirol im Vormärz – eine totale Institution?, in: Scheutz, Martin (Hg.), Totale Institutionen. Themenheft der Wiener Zeitschrift zur Geschichte der Neuzeit 8/1 (2008), S. 68-85.
Heidegger, Maria / Seifert, Oliver, „Nun ist aber der Zweck einer Irrenanstalt Heilung…". Zur Positionierung des „Irrenhauses" innerhalb der psychiatrischen Landschaft Tirols im 19. und frühen 20. Jahrhundert, in: Dietrich-Daum, Elisabeth / Taiani, Rodolfo (Hg.), Psychiatrielandschaft / Oltre il manicomio. Themenheft der Zeitschrift „Geschichte und Region / Storia e regione" 17/2 (2008), S. 24-46.
Heidegger, Maria / Seifert, Oliver, Ein soziales Drama im „Irrenhaus": Hall im Jahre 1834, in: Watzka, Carlos / Charour, Marcel (Hg.), VorFreud. Therapeutik der Seele vom 18. bis zum 20. Jahrhundert, Wien 2008, S. 65-87.
Heidegger, Maria, Der Körper in der Psychiatrie: Psychiatrische Praxis in Tirol in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts, in: Exenberger, Andreas / Nussbaumer, Josef (Hg.), Von Körpermärkten, Innsbruck 2008, S. 39-58.
Heidegger, Maria, Die k. k. Provinzial-Irrenanstalt Hall in Tirol im Vormärz - Programm und Akteure eines Reformprojekts, in: Hastaba, Ellen / De Rachewiltz, Siegfried (Hg.),

„Für Freiheit, Wahrheit und Recht!“ Joseph Ennemoser und Jakob Philipp Fallmerayer. Tirol von 1809 bis 1848/49 (=Schlern-Schriften 34), Innsbruck 2009, S. 113-128.
Heidegger, Maria, Ernährung in der psychiatrischen Anstalt. Quellenbefunde am Beispiel der „Irrenanstalt“ Hall in Tirol 1830–1914, in: Ernährung und Gesundheit in den Alpen / Alimentation et santé dans les Alpes (=Histoire des Alpes / Storia delle Alpi / Geschichte der Alpen 13), Zürich 2008, S. 227-247.
Heidegger, Maria, Körper - Seele - Leid. Entäußerungen des „Irrsinns“ in der ärztlichen Wahrnehmung der 1830er Jahre, in: Schnegg, Kordula / Grabner-Niel, Elisabeth (Hg.), Körper er-fassen. Körpererfahrungen, Körpervorstellungen, Körperkonzepte, Innsbruck 2010, S. 134-147.
Heidegger, Maria, Psychiatrische Pflege im Rahmen eines historischen Anstaltsmodells: Das Beispiel der „k. k. Provinzialirrenanstalt“ Hall in Tirol 1830–1850, in: Appelt, Erna / Heidegger, Maria / Preglau, Max / Wolf, Maria A. (Hg.), Who Cares? Pflege und Betreuung in Österreich - eine geschlechterkritische Perspektive, Innsbruck 2010, S. 87-97.
Heidegger, Maria, Seelsorge in der frühen Anstaltspsychiatrie. Das Beispiel Hall in Tirol im Vormärz, in: Virus. Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin 8 (2009), S. 71-83.
Heinroth, Johann Christian August, Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens oder der Seelenstörungen und ihrer Behandlung. Vom rationalen Standpunkt aus entworfen. 2 Theile. Mit Anhang: Anweisung für angehende Irrenärzte zu richtiger Behandlung ihrer Kranken, Leipzig 1818.
Hinterhuber, Hartmann, Ermordet und vergessen. Nationalsozialistische Verbrechen an psychisch Kranken und Behinderten in Nord- und Südtirol, Innsbruck-Wien 1995.
Hinterhuber, Hartmann, Eine gemeindenahe Versorgung braucht die Gemeinde, die sich sorgt, in: Meise, Ullrich / Hafner, Friederike / Hinterhuber, Hartmann (Hg.), Gemeindepsychiatrie in Österreich, Innsbruck 1998, S. 1-8.
Hinterhuber, Hartmann, Die „Ausmerze Erbkranker“, eine „bevölkerungspolitische Maßnahme“. Nationalsozialistische Verbrechen an psychisch Kranken und Behinderten aus Nord- und Südtirol, in: Steininger, Rolf / Pitscheider, Sabine (Hg.), Tirol und Vorarlberg in der NS-Zeit (=Innsbrucker Forschungen zur Zeitgeschichte 19), Innsbruck-Wien-München-Bozen 2002, S. 217-229.
Hofer, Hans-Georg, Nervenschwäche und Krieg. Modernitätskritik und Krisenbewältigung in der österreichischen Psychiatrie (1880–1920), Wien-Köln-Weimar 2004.
Israel, Lucien, Die unerhörte Botschaft der Hysterie, München-Basel 1993 [1976].
Jacobi, Maximilian, Über die Anlegung und Einrichtung von Irren-Heilanstalten. Mit ausführlicher Darstellung der Irrenanstalt zu Siegburg. Berlin: Reimer 1834.
Janeselli, Piera, Il servizio sociale nella psichiatria istituzionale: memoria e rilettura di una esperienza nell’Ospedale psichiatrico di Pergine Valsugana, Tesi di laurea, Trento 2004-2005.
Karlegger, Selma, Südtiroler Kinder und Jugendliche als Opfer der „NS-Euthanasie“, Diplomarbeit, Innsbruck 2006.
Kaufmann, Doris, Aufklärung, bürgerliche Selbsterfahrung und die „Erfindung“ der Psychiatrie in Deutschland, 1770–1850, Göttingen 1995.
Kepplinger, Brigitte / Marckhgott, Gerhart / Reese, Hartmut (Hg.), Tötungsanstalt Hartheim (=Oberösterreich in der Zeit des Nationalsozialismus 3), Linz 2008.
Koch, Matthias, Reise in Tirol in landschaftlicher und staatlicher Beziehung, Karlsruhe 1846.

Köfler, Gretl, „Euthanasie“ und Zwangssterilisierung, in: Dokumentationsarchiv des Österreichischen Widerstandes (Hg.), Widerstand und Verfolgung in Tirol 1934–1945, Band 1, Wien 1984, S. 483-519.
Krahbichler, W., Vergessene Menschen abseits der Gesellschaft, in: Tiroler Tageszeitung, 24.3.1978.
Kuprian, Hermann J. W., „Entheimatungen“: Flucht und Vertreibung in der Habsburgermonarchie während des Ersten Weltkrieges und ihre Konsequenzen, in: Kuprian, Hermann J. W. / Überegger, Oswald (Hg.), Der Erste Weltkrieg im Alpenraum. Erfahrung, Deutung, Erinnerung / La Grande Guerra nell'arco alpino. Esperienze e memoria, Innsbruck 2006, S. 289-309.
Kuprian, Hermann J. W., Militari, politica e società in Austria durante la Prima Guerra Mondiale, in: Memoria e Ricerca. Rivista di storia contemporanea 28 (2008), pp. 55-72.
Kutzer, Michael, „Psychiker“ und „Somatiker“ – „Somatiker“ als „Psychiker“: Zur Frage der Gültigkeit psychiatriehistorischer Kategorien, in: Engstrom, Eric J. / Roelcke, Volker (Hg.), Psychiatrie im 19. Jahrhundert. Forschungen zur Geschichte von psychiatrischen Institutionen, Debatten und Praktiken im deutschen Sprachraum, Mainz 2003, S. 27-47.
Kutzer, Michael, Die therapeutischen Intentionen in der Irrenanstalt des 19. Jahrhunderts. Das Beispiel „Kloster Eberbach“ (1815–1849), in: Vanja, Christina u. a. (Hg.), Wissen und Irren. Psychiatriegeschichte aus zwei Jahrhunderten – Eberbach und Eichberg, Kassel 1999, S. 46-59.
Lachmund, Jens / Stollberg, Gunnar, Patientenwelten. Krankheit und Medizin vom späten 18. bis zum frühen 20. Jahrhundert im Spiegel von Autobiographien, Opladen 1995.
Lamott, Franziska, Die vermessene Frau. Hysterien um 1900, München 2001.
Land Tirol / Gesundheitsplanung, Tiroler Psychiatriereform 1995–2005, Innsbruck 2005.
Lederer, David, Madness, Religion and the State in Early Modern Europe. A Bavarian Beacon, Cambridge 2006.
Lentner, Ferdinand, Sebastian Ruf. Irrenhaus-Kaplan zu Hall i. T. als Seelenforscher. Ein Beitrag zur Lehre von der Zurechnung im Strafrecht, Innsbruck 1902.
Lerner, Paul, Hysterical Men. War, Psychiatry and the Politics of Trauma in Germany 1890–1930, London 2003.
Mair, Rita, Selbstpflege – Kompetenz – Entwicklung bei älteren Personen im Setting am Modellprojekt „MENSANA“, Gesundheits- und Sozialsprengel Hall i. T., Hall i. T. 2007.
Marescalchi, Amilcare, Cinque anni in manicomio: ricordi autobiografici, Roma 1955.
Marzi, Corrado / Bolognani, Bruno, Origine ed evoluzione dell'Ospedale psichiatrico di Pergine Valsugana, Numero monografico di „Alta Valsugana", N. 30 (lug.1987).
May, Johannes, Die staatliche Heilanstalt Schussenried in den Jahren 1933 bis 1945, in: Pretsch, Hermann J. u. a. (Hg.), „Euthanasie“. Krankenmorde in Südwestdeutschland, Zwiefalten 1996, S. 74-83.
Meise, Ullrich / Rössler, Wulf / Günther, Verena / Hinterhuber, Hartmann, Bürgernahe Psychiatrie: Leitlinien für die Reform der psychiatrischen Versorgung in Tirol, Innsbruck 1993.
Meise, Ullrich / Hafner, Friederike/ Hinterhuber, Hartmann, Die Versorgung psychisch Kranker in Österreich. Eine Standortbestimmung, Wien-New York 1991.

Miscale, Mark S., Approaching Hysteria. Disease and its Interpretations, Princeton 1995.
Nolte, Karen, Gelebte Hysterie. Erfahrung, Eigensinn und psychiatrische Diskurse im Anstaltsalltag um 1900 (=Geschichte und Geschlechter 42), Frankfurt am Main-New York 2003.
Normen für die Tirolischen Landes-Irrenanstalten, Innsbruck 1910.
Pantozzi, Giuseppe, Die brennende Frage. Geschichte der Psychiatrie in den Gebieten von Bozen und Trient (1830–1942), Bozen 1989.
Pantozzi, Giuseppe, Riflessioni sui contatti della psichiatria trentina con quella italiana dalla metà dell'Ottocento alla grande guerra, in: Studi Trentini di Scienze Storiche 71/4 (1992), pp. 549-562.
Pantozzi, Giuseppe, Storia delle idee e delle leggi psichiatriche (1780–1980), Trento 1994.
Pasini, Marina / Pinamonti, Annalisa (a cura di), Ospedale psichiatrico di Pergine Valsugana. Inventario dell'archivio: 1882–1981, Trento 2003.
Pellicano, Carmelo / Raimondi, Remigio / Agrimi, Giuseppe / Lusetti, Volfango / Gallevi, Mauro (a cura di), Corrispondenza negata. Epistolario della nave dei folli (1889–1974), Pisa 1983.
Peloso, Paolo Francesco, Il primo esperimento italiano di periodico socioterapico (1961–74) redatto dai degenti degli ospedali psichiatrici genovesi, in: Atti dell'Accademia Ligure di Scienze e Lettere, L, (1993), pp. 231-250.
Pertrucci, Armando, Scrivere lettere. Una storia plurimillenaria, Roma-Bari 2008.
Perwanger, Verena (Bearb.), Wahnsinn und ethnische Säuberung: Akten des Kongresses vom 10. März 1995 „Deportation und Vernichtung psychisch Kranker aus Südtirol 1939–1945" [Tagung „Wahnsinn und Ethnische Säuberung – Deportation und Vernichtung Psychisch Kranker aus Südtirol 1939–1945"], Bozen 2000.
Petzold, Hilarion G. / Orth, Ilse, Poesie und Bibliotherapie. Entwicklung, Konzepte und Theorie – Methodik und Praxis des Integrativen Ansatzes, in: Petzold, Hilarion G. / Orth, Ilse (Hg.), Poesie und Therapie. Über die Heilkraft der Sprache. Poesietherapie, Bibliotherapie, Literarische Werkstätten (=Kunst, Therapie, Kreativität 2), Paderborn 1985, S. 21-101.
Pichler, Adolf, Zu meiner Zeit. Schattenbilder aus der Vergangenheit (=Gesammelte Werke, Bd. 1) München-Leipzig ²1905.
Plieth, Martina, Die Seele wahrnehmen. Zur Geistesgeschichte des Verhältnisses von Seelsorge und Psychologie, Göttingen 1994.
Ploetz, Alfred, Die Tüchtigkeit unserer Rasse und der Schutz der Schwachen. Ein Versuch über Rassenhygiene und ihr Verhältnis zu den humanen Idealen, besonders zum Socialismus, Berlin 1895.
Pretsch, Hermann J. (Hg.), „Euthanasie". Krankenmorde in Südwestdeutschland, Zwiefalten 1996.
Priesching, Nicole (Hg.), Unter der Geisel Gottes. Das Leiden der stigmatisierten Maria von Mörl (1812–1868) im Urteil ihres Beichtvaters, Brixen 2007.
Pycha, Roger, „Psychiatrie: über den schwierigen Aufholprozess Südtirols nach der beschämenden Abschiebung der Kranken nach Hall und Pergine – oder in die Euthanasie Nazideutschlands", in: FF - Südtiroler Wochenmagazin, Nr. 41, 8.10.2009, S. 34-35.
Radkau, Joachim, Das Zeitalter der Nervosität. Deutschland zwischen Bismarck und Hitler, München-Wien 1998.
Ralser, Michaela, Im Vordergrund die Klinik. Das Beispiel der Innsbrucker Psychiatrisch-Neurologischen Klinik um 1900, in: Dietrich-Daum, Elisabeth / Taiani, Rodolfo (Hg.),

Psychiatrielandschaft / Oltre il manincomio, Themenheft der Zeitschrift „Geschichte und Region / Storia e regione”17/2 (2008), S. 135-146.
Ralser, Michaela, Das Subjekt der Normalität. Das Wissensarchiv der Psychiatrie: Kulturen der Krankheit um 1900, München 2010.
Ralser, Michaela, Die Seele ist (k)ein weites Land. Zaunreiterinnen in den Gärten der Vernunft, in: Pöder, Elfriede u.a. (Hg.), Das Geschlecht, das sich (un)eins ist, Innsbruck 1999, S. 88-109.
Redinger, Thomas, Geschichte der psychiatrischen Disziplin. Die „Irrenanstalt“ von Hall in Tirol (1830–1882), Diplomarbeit, Innsbruck 1998.
Reil, Johann Christian, Rhapsodieen über die Anwendung der psychischen Curmethode auf Geisteszerrüttungen, Halle: Curtsche Buchhandlung 1803.
Rettenwander, Matthias, Stilles Heldentum? Wirtschafts- und Sozialgeschichte Tirols im Ersten Weltkrieg, Innsbruck 1997.
Reuter, Wolfgang, Heilsame Seelsorge. Ein psychoanalytisch orientierter Ansatz von Seelsorge mit psychisch Kranken, Münster u. a. 2004.
Risse, Guenther B., Mending Bodies, Saving Souls. A History of Hospitals, New York-Oxford 1999.
Rotzoll, Maike, Verwahren, verpflegen, vernichten. Die Entwicklung der Anstaltspsychiatrie in Deutschland und die NS-„Euthanasie“, in: Fuchs, Petra / Rotzoll, Maike et al. (Hg.), „Das Vergessen der Vernichtung ist Teil der Vernichtung selbst“. Lebensgeschichten von Opfern der nationalsozialistischen „Euthanasie“, Göttingen 2007, S. 24-35.
Ruf, Sebastian, Die Criminaljustiz. Ihre Widersprüche und die Zukunft der Strafrechtspflege. Criminalpsychologische Studien, Innsbruck 1870.
Ruf, Sebastian, Die Delirien. Die Visionen und Hallucinationen des Tag- und Nachtlebens und die phantastischen Zustände, Innsbruck 1856.
Ruf, Sebastian, Psychische Zustände. Ein Beitrag zur Lehre von der Zurechnung, mit besonderer Rücksicht auf psychische Störungen, Innsbruck 1852.
Saurer, Edith, Frauen und Priester. Beichtgespräche im frühen 19. Jahrhundert, in: Dülmen, Richard van (Hg.), Arbeit, Frömmigkeit und Eigensinn. Studien zur historischen Kulturforschung, Frankfurt am Main 1990, S. 141-170.
Schaps, Regine, Hysterie und Weiblichkeit. Wissenschaftsmythen über die Frau, Frankfurt am Main 1982.
Schlichter, Annette, Die Figur der verrückten Frau. Weiblicher Wahnsinn als Kategorie feministischer Repräsentationskritik, Tübingen 2000.
Schnetzer, Norbert / Speriando, Hans (Hg.), 600 Jahre Valduna. Der lange Weg – vom Klarissenkloster zum Landeskrankenhaus, Rankweil 1999.
Schott, Heinz/ Tölle, Rainer, Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen, München 2006.
Schreiber, Horst, Ein „Idealist, aber kein Fanatiker“? Dr. Hans Czermak und die NS-Euthanasie in Tirol, in: Tiroler Heimat 72 (2008), S. 205-224.
Schreiber, Horst, Im Namen der Ordnung. Heimerziehung in Tirol, Innsbruck-Wien-Bozen 2010.
Schwing, Gertrud, La pazzia e l’amore. Un cammino verso l’anima del malato di mente, Pisa 1988.
Seifert, Oliver, „ … daß alle durch uns geholten Patienten als gestorben zu behandeln sind ...“. Die „Euthanasie“-Transporte aus der Heil- und Pflegeanstalt für Geistes- und

Nervenkranke in Hall in Tirol, in: Sommerauer, Andrea / Wassermann, Franz (Hg.), Temporäres Denkmal. Im Gedenken an 360 Opfer der NS-Euthanasie. PatientInnen des heutigen Psychiatrischen Krankenhauses Hall i. T., Innsbruck 2007, S. 29-77.
Seifert, Oliver, „Sterben hätte sie auch hier können“. Die „Euthanasie“-Transporte aus der Heil- und Pflegeanstalt Hall in Tirol nach Hartheim und Niedernhart, in: Kepplinger, Brigitte / Marckhgott, Gerhart / Reese, Hartmut (Hg.), Tötungsanstalt Hartheim (=Oberösterreich in der Zeit des Nationalsozialismus 3), Linz ^{2}2008, S. 359-410.
Showalter, Elaine, Hystorien. Hysterische Epidemien im Zeitalter der Medien, Berlin 1997.
Showalter, Elaine, The Female Malady. Women, Madness and English Culture 1830–1980, New York 1985.
Siedler, Günther (Hg.), Hysterie heute. Metamorphosen eines Paradiesvogels, Gießen 2001.
Sommerauer, Andrea / Wassermann, Franz (Hg.), Temporäres Denkmal. Prozesse der Erinnerung, Innsbruck-Wien-Bozen 2009.
Sorcinelli, Paolo, La Repressione Ambigua. Il caso giudiziario e psichiatrico di un finto frate agli inizi del ‘900, Milano 1989.
Steibl, Maria, Frauenstudium in Österreich vor 1945, Band 1: Dargestellt am Beispiel der Innsbrucker Studentinnen, Dissertation, Innsbruck 1985.
Steibl, Maria, Frauenstudium in Österreich vor 1945. Band 2: Verzeichnis aller bis 1945 an der Universität Innsbruck studierenden Inländerinnen, Dissertation, Innsbruck 1985.
Steub, Ludwig, Sängerkrieg in Tirol. Erinnerungen aus den Jahren 1842–1844, Stuttgart 1882.
Stolz, Josef, Aerztlicher Bericht der k. k. Irren-Anstalt zu Hall in Tyrol über das Militärjahr 1860, in: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie 18 (1861), S. 581-598.
Stolz, Josef, Bemerkungen über die Tirolische Landes-Irren-Anstalt zu Hall, Innsbruck 1869.
Stolz, Josef, Zur fortschreitenden Parese, in: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie 8 (1851), S. 517-559.
Strümpell, Ludwig, Die pädagogische Pathologie oder die Lehre von den Fehlern der Kinder, Leipzig 1910.
Stuhlpfarrer, Karl, Umsiedlung Südtirol 1939–1940, Wien-München 1985.
Stuppäck, Christoph u.a., Zwangseinweisungen und Zwangsanhaltungen an psychiatrischen Krankenhäusern in Tirol – eine Frequenzanalyse über 11 Jahre, in: Wiener klinische Wochenschrift (1989), S. 378-383.
Taiani, Rodolfo (a cura di), Alla ricerca delle menti perdute: viaggi nell’istituzione manicomiale (Ausstellungskatalog), Trento 2003.
Tanner, Jakob, Der „fremde Blick“: Möglichkeiten und Grenzen der historischen Beschreibung einer psychiatrischen Anstalt, in: Rössler, Wulf / Hoff, Paul (Hg.), Psychiatrie zwischen Autonomie und Zwang, Heideberg 2005, S. 45-46.
Them, Christa / Schulc, Eva, Vom weiblichen Hilfsdienst zur Hochschulabsolventin, in: Hochleitner, Margarethe (Hg.), Gender Medicine, Wien 2005.
Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH (Tilak), Geschichte des Psychiatrischen Krankenhauses Hall (Überblick), Hall o. D. [nach 2006].
Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH (Tilak), Leistungsbericht 2008, o. D. [2009].
Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH (Tilak), Psychiatrisches Krankenhaus des Landes Tirol. Leistungsbericht 2009, Hall [2010].

Tissot, Samuel Auguste, L'onanisme, Paris 1765.
Toresini, Lorenzo, Alla ricerca delle menti perdute. Ragioni di un seminario a Trento, in: Punto Omega 12/13 (2003), pp. 15-21.
Toresini, Lorenzo, Dalla legge Mariotti a Basaglia, in: Dietrich-Daum, Elisabeth / Taiani, Rodolfo (Hg.), Psychiatrielandschaft / Oltre il manicomio, Themenheft der Zeitschrift „Geschichte und Region / Storia e regione" 17/2 (2008), S. 146-160.
Toresini, Lorenzo, Vorwort, in: Toresini, Lorenzo / Mezzina, Roberto (editors / a cura di), Beyond the walls / Oltri i muri. Deinstitutionalisation in European best practices in mental health / La deistituzionalizzazione nelle migliori pratiche europee di salute mentale, Merano 2010, S. 10-13.
Tschallener, Johann, Beschreibung der k. k. Provinzial-Irren-Heilanstalt zu Hall in Tirol. Mit Rücksicht auf die Statuten der Anstalt, auf die therapeutischen und psychologischen Grundsätze der Behandlung der Geisteskranken und auf ihre achtjährigen Resultate. Mit 19 Krankengeschichten und verschiedenen Andeutungen zum Wohl dieser Unglücklichen; nebst einem Anhange über die Anlage von Zimmern für Irre und Tobende, Innsbruck 1842.
Tschallener, Johann, Ueber Wartung und Pflege der Irren, in: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie 6/2 (1849), S. 262-284.
Vanja, Christina, Das Irrenhaus als „Totale Institution"? Erving Goffmans Modell aus psychiatriehistorischer Perspektive, in: Scheutz, Martin (Hg.), Totale Institutionen (=Wiener Zeitschrift zur Geschichte der Neuzeit 8/1), Innsbruck 2008, S. 120-129.
Vanja, Christina, Madhouses, Children's Wards, and Clinics. The Development of Insane Asylums in Germany, in: Finzsch, Norbert / Jütte, Robert (Hg.), Institutions of Confinement. Hospitals, Asylums, and Prisons in Western Europe and North America, 1500–1950, Washington (D.C.) 1996, S. 117-132.
Verband Angehöriger und Freunde psychisch Kranker (Hg.), Wahnsinn und ethnische Säuberung. Deportation und Vernichtung psychisch Kranker aus Südtirol 1939–45, Bozen 1995.
Vigna, C., Del Prosdocimo dottor Salerio, Venezia 1883.
Watzka, Carlos, Der „Irrenboom" in Steiermark. Zum Problem der Zunahme psychischer Erkrankungen in der Moderne, in: Newsletter Moderne 5/1 (2002), S. 21-26.
Weiss, Hans, Geschichte der Psychiatrie in Österreich. In: Österreichische Zeitschrift für Soziologie 2 (1978), S. 41-57.
Weiss, Hans, „Tagebuch eines Irrenwärters", in: „profil", Nr. 22 vom 25. Mai 1976, S. 30-35.
Wolff, Eberhard, Perspektiven der Patientengeschichtsschreibung, in: Paul, Norbert / Schlich, Thomas (Hg.), Medizingeschichte: Aufgaben, Probleme, Perspektiven, Frankfurt am Main-New York 1998, S. 311-334.
Wurzbach, Constant von, Raffeiner Stephan, in: Biographisches Lexikon des Kaiserthums Oesterreich, Band 24, Wien 1872, S. 223-225.
Wurzbach, Constant von, Ruf Sebastian, in: Biographisches Lexikon des Kaiserthums Oesterreich, Band 27, Wien 1874, S. 240-242.

Elektronische Quellen

Berzlanovich, Andrea, Todesfälle durch mechanische Fixierungen. ReduFix Praxis-Abschlusssymposium, Berlin, auf: http://www.redufix.de/html/img/pool/12_Berzlanovich.doc (22.10.09).

Bredtauer, Doris, Das Redufix-Projekt – Freiheitsentziehende Maßnahmen und Alternativen – der „State of the Art". Abschlusssymposium Projekt Redufix Praxis Berlin, auf: http://www.redufix.de/html/img/pool/03_Bredthauer.pdf (22.10.09).

Die [un]sichtbare Arbeit. Psychiatrische Pflege im historischen Tirol von 1830 bis zur Gegenwart, Innsbruck 2011.

Forster, Rudolf, Zur Gewalt in der Psychiatrie, auf: http://www.univie.ac.at/OEGS-Kongress-2000/On-Line-Publikation/forster.pdf (13.8 2008).

Hack, Christina Maria, Psychiatriereform: Die Grenzen der Freiheit, in: CliniCum psy 4/2004, auf: http://www.medical-tribune.at/dynasite.cfm?dsmid=60797&dspaid=437012 (27.2.2011).

Jaquemar, Susanne / Kinzl, Harald, Vom Narrenturm zum Heimaufenthaltsgesetz, auf: http://www.vsp.at/index.php?id=65 (15.3.2011).

Leistungsbericht 2009 des Psychiatrischen Krankenhauses des Landes Tirol, auf: http://www.tilak.at/media//data0868/folder_2009_pkh.pdf (19.5.2011).

Richtlinien für Patientenbibliotheken und Bibliotheken für Senioren und Behinderte in Langzeitpflegeeinrichtungen. Zusammengestellt von einer Arbeitsgruppe unter Vorsitz von Nancy Panella unter Schirmherrschaft der Sektion Bibliotheken für Benachteiligte Menschen. International Federation of Library Associations and Institutions IFLA, Professional Reports 98 (2006), auf: http://archive.ifla.org/VII/s9/nd1/Profrep98.pdf (20.2.2011)

Schallhas, Markus, Antipsychiatrie und Psychiatriekritik in Österreich, auf: http://www.eop.at/datenbank/personen/mschallhas/Psychaitrie (12.11.2008).

Verein zur Integration geistig behinderter Menschen: Koordinationsstelle 1992–1995. Dokumentation der Koordinationsstelle, Hall 1995, auf: http://bidok.uibk.ac.at/library/igb-dokumentation.html.

Verein zur Integration geistig behinderter Menschen: Koordinationsstelle 1992–1995. Konzept der Koordinationsstelle, Hall 1995, auf: http://bidok.uibk.ac.at/library/igb-konzept.html.

http://www.zeitschatten.info/lebensgeschichten.html (27.2.2011).

http://www.social.bz.it/pressarchive.php?art_id=59622 (27.2.2011).

http://www.psychiatrische-landschaften.net / http://www.psichiatria-confini.net.

http://www.vertretungsnetz.at/fileadmin/user_upload/1_SERVICE%20Publikationen/Broschuere_PatRechte_2010.pdf.

Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen sehen sich mit vielen Vorurteilen konfrontiert. Einige dieser Vorurteile hängen damit zusammen, dass die frühen Orte ihrer Behandlung, die psychiatrischen Anstalten, wo immer sie eingerichtet wurden, stets die Funktion zu erfüllen hatten, nicht nur Herberge für die ‚Kranken', sondern auch Mahnung für die ‚Gesunden' zu sein. Das gilt auch für den geografischen Raum des historischen Tirol (Bundesland Tirol, Autonome Provinzen Bozen-Südtirol und Trient-Trentino). Drohungen wie „Du kommst nach Hall" oder „nach Pergine" waren und sind Teil des sprachlichen Standardrepertoires. Trotz dieser alltagsweltlichen Verankerung ist das Wissen um Geschichte und Gegenwart der Psychiatrie und ihrer Patienten und Patientinnen vergleichsweise gering. Die wechselvolle und vielfach auch im Feld der psychiatrischen Versorgung miteinander verwobene Geschichte der drei historischen Landesteile beginnt im Gründungsjahr der k. k. Irrenanstalt Hall in Tirol (1830), setzte sich fort in der Eröffnung der Anstalt in Pergine/Trentino (1882) sowie der Neurologisch-Psychiatrischen Klinik in Innsbruck (1891) und findet in der Zeit des Nationalsozialismus und des Zweiten Weltkriegs ihren tragischen Höhepunkt. Nach Jahren des Verdrängens und Vergessens sind es die italienische Reformpsychiatrie der späten 1970er Jahre (‚Basaglia'-Gesetz) und die österreichischen Psychiatriereform der frühen 1990er Jahre, welche die psychiatrische Landschaft dieses Raumes entscheidend verändern.

In 32 kurzen Beiträgen werden verschiedene Aspekte der gemeinsamen und unterschiedlichen Wege der psychiatrischen Versorgung im historischen Raum Tirol und ihre Transformationen vom 19. Jahrhundert bis in die Gegenwart für ein allgemein interessiertes Leserpublikum aufgezeigt.

